Rok XXIX. Kraków, 19 Kwietnia 1890. Nr. 16.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.
Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.
Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.
Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Peres wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.
Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.
Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. Z pracowni farmakologicznéj prof. Ł. J. Thumasa w Warszawie.

O alkaliczności krwi zgęszczonéj pod wpływem wielkich dawek siarkanu sody.

Podał
Jan Świątecki.

W 1850 roku C. Schmidt[1]) pierwszy zauważył, że alkaliczność krwi u chorych na cholerę w zamartwicowym okresie obniża się tak znacznie, iż niekiedy krew taka barwić może siny papierek lakmusowy czerwono. Spostrzeżenie to zostało późniéj stwierdzonem wielokrotnie, między innemi i przez francuską komisyję pod przewodnictwem Straussa[2]) podczas epidemii cholery w Egipcie 1883 r. Zrodziło się pytanie, czy zauważone zjawisko nie zależy od obfitych wypróżnień, mających jak wiadomo miejsce we wspomnianéj chorobie. W tym też celu Mya i Tassinari[3]), badając alkaliczność krwi u ludzi w rozmaitych sprawach chorobowych oznaczali ją także po podawaniu niektórych środków przeczyszczających (*inf. sennae*, MgO, Na_2SO_4); jednakże, o ile można wnosić z krótkiego streszczenia ich pracy w roczniku Virchowa z 1887 r., nie otrzymali żadnych dodatnich wyników. Mając to na uwadze i idąc za radą prof. Ł. J. Thumasa, przedsięwziąłem szereg doświadczeń na zwierzętach, mianowicie na psach, chcąc wykazać, jak się zachowuje alkaliczność krwi po silnem jéj zgęszczeniu, wywołanem przez stosowanie wielkich dawek soli glauberskiéj i w taki sposób dowiedzieć się, czy i pod tym względem nie zachodzi pewne podobieństwo pomiędzy niedokrewnością (*oligaemia sicca*), wywoływaną na drodze doświadczalnéj i podobnąż powstającą w cholerze.

Pytanie to jeszcze i z tego względu zdawało mi się być godnem uwagi, że teoryja działania soli przeczyszczających mimo obszernego stosowania ich w lecznictwie, pozostawia dotychczas wiele jeszcze do życzenia.

Zanim przystąpię do szczegółowego opisu wykonanych przezemnie doświadczeń, uważam za stosowne powiedzieć kilka słów o sposobach badania alkaliczności krwi, oraz wyjaśnić, co przez to pojęcie rozumieć należy.

Wiadomo, że krew, jak to dowiódł Maly[1]) mimo swego zasadowego odczynu jest właściwie cieczą kwaśną: jéj osocze, prócz $NaHCO_3$, Na_2HPO_4, soli teoretycznie kwaśnych, chociaż oddziaływających zasadowo na lakmus, zawiera jednocześnie i jak Maly utrzymuje w daleko większéj ilości inne kwaśne połączenia, które jako takie barwią lakmus czerwono. Jako przykład przytacza on NaH_2PO_4, powstający we krwi z Na_2HPO_4 działaniem CO_2, moczowego i innych kwasów. Maly (l. c.) jest nawet tego zdania, że ciało o ściśle zasadowym charakterze krwi nie zawiera wcale i jeżeli można ją nazwać alkaliczną, to tylko na zasadzie jéj zachowywania się względem używanych w chemii odczynników barwikowych. Właściwość tę jak wiadomo zawdzięcza krew rozpuszczonym w jéj osoczu $NaHCO_3$, Na_2HPO_4 i białkanom sodu, wobec których kwasy krwi są za słabe, aby za pomocą barwików odkryć się dały.

Z tego wynika, że przy oznaczaniu alkaliczności krwi, czyli ilości zasadowych jéj składników, należy mieć na uwadze i kwasy, które ujemnie wpływać muszą na stopień alkaliczności. Wobec tego alkaliczność krwi może się n. p. zwiększyć i wtedy nawet, kiedy ilość jéj zasad się zmniejszy, byle tylko jednocześnie i w odpowiednim stopniu zmniejszyła się ilość zawartych w jéj osoczu kwasów.

Zdawałoby się, że dla oznaczenia ilości alkalijów we krwi powinienby w zupełności wystarczyć powszechnie używany w chemii analitycznéj sposób t. z. acidimetryczny; jednakże już ta okoliczność, że ciecz, ściśle mówiąc, kwaśną wypada miareczkować jakimkolwiek kwasem, nie pozwala przywiązywać wielkiéj wagi do otrzymywanych w taki spo-

[1]) *Charakteristik d. epid. Cholera gegenüber verwandten Transsudationsanomalien.* 1850 — [2]) *Roux, Thuillier et Nocard, Exposé des recherches sur le cholera en Egypte. Compt. rend. de la soc. de Biologie.* 1883, pag. 565.—[3]) *Sulle variazioni della reazione alcalina del sangue venoso in alcune malattie. Virchows u. Hirschs Jahresbericht* 1887, I, 232.

[1]) *Ueber das Basensaüreverhältniss im Blutserum etc. Sitzungsberichte der k. Akad. d. Wissenschaft. Wien* 1882, Bd. LXXXV, Abth. III.

sób wyników; zresztą wyniki te zmieniają się stosownie do użytego dla wskazania końca reakcyi barwika, jak to dowiódł Mały (l. c.) dla lakmusu i fenolftaleiny.

Inny sposób oznaczania alkaliczności krwi, podany po raz pierwszy przez Waltera[1]) pozwala wnosić o mniejszéj lub większéj zawartości alkalijów we krwi z ilości CO_2, którą można wypompować ze krwi w próżnię Toricellego, a to na téj zasadzie, że kwas węglowy znajduje się w luźnym związku chemicznym z jéj alkalijami. Oczywiście, że i ten „gazometryczny" sposób nie jest bez zarzutu, ponieważ nie znamy stosunku pomiędzy ilością znajdujących się we krwi alkalijów, a ilością otrzymywanego z niéj gazu; wiadomo bowiem, że prócz CO_2 chemicznie związanego przechodzi w próżnię także CO_2 fizycznie roztworzony w osoczu krwi, a także i połączony z hemoglobiną czerwonych ciałek krwi (Zuntz[2]), nie mówiąc już o téj ilości CO_2, która przechodzi w próżnię stopniowo w miarę zwalniania się ze związku z sodem (Na_2CO_3) pod wpływem czerwonych ciałek krwi (Pflüger). Bardziéj szczegółowo o tym sposobie pisali H. Meyer[3]), Geppert[4]), v. Noorden[5]), v. O. Minkowski[6]).

Chociaż ostatni sposób oznaczania alkaliczności krwi jest częściéj używanym niż pierwszy, ja jednak wybrałem „acidimetryczny", ponieważ w moich doświadczeniach po siarkanie sodu krew ulegała znacznym zmianom fizycznym: stosunek między ciałkami krwi i osoczem w jednostce objętości zmieniał się bardzo poważnie na korzyść pierwszych, wskutek czego w razie użycia drugiego sposobu zachodziłaby niemożliwość porównywania wyników badania po zagęszczeniu krwi z takiemiż czynionemi przedtem dla kontroli. Chciałem wreszcie obok tego przekonać się, czy krew zgęszczona pod wpływem soli rozwalniających może barwić czerwono lakmus, aby w taki sposób doświadczenia moje mogły być rozpatrywane w związku ze spostrzeżeniami C. Schmidta i innych co do reakcyi krwi w cholerze. Mając na uwadze, że alkaliczność krwi po ścięciu się włóknika ulega zmniejszeniu (Pflüger i Zuntz[7]), nie chciałem naśladować Baldiego[8]), który miareczkował nie krew *in toto*, lecz tylko jéj surowicę. Dla uniknięcia wynikającéj ztąd niedokładności Mya i Tassinari (l. c.) zobojętniali krew w 10% rozczynie siarkanu sodowego miarowanym rozczynem kw. szczawiowego (1 sz. cm = 0·04 NaOH); za wskazówkę końca reakcyi służył papier lakmusowy, na który od czasu do czasu puszczano kroplę zobojętnianego płynu. Jaksch[9]) znów w swoich doświadczeniach posługiwał się sposobem podanym przez Landoisa i mającym tę wyższość nad innemi, że pozwala oznaczyć alkaliczność krwi prawie bezpośrednio po wypuszczeniu jéj z naczynia krwionośnego; sposobowi też Landoisa oddałem pierwszeństwo.

W tym celu przygotowuje się szereg próbówek, zawierających różne ilości miarowanego rozczynu jakiegokolwiek kwasu; z góry już więc wiadomo, ile należy dolać zasady (NaOH) dla zobojętnienia zawartości danéj próbówki tak, że gdy po dolaniu do każdéj próbówki pewnéj ilości badanéj krwi otrzymamy w jednéj z nich obojętny odczyn, mamy od razu wyrażoną w cyfrach jéj alkaliczność. Tak n. p. jeżeli mamy szereg kwaśnych porcyj, z których

I-sza	zobojętnia	7·6	miligrmów	NaOH
II	„	6·8	„	„
III	„	6·4	„	„ i t. d.
IX	„	4·0	„	„ i t. d.
XVII	„	0·8	„	„
XVIII	„	0·4	„	„

i po dolaniu do każdéj z nich otrzymamy odczyn obojętny n. p. w IX-téj, to z tego, że 1 sz. c. krwi zobojętnia tyleż kwasu co i 4 miligramy NaOH, wynika, że 100 sz. c. danéj krwi odpowiada 400 miligrm. NaOH, co dla krótkości można wyrazić formułką: Alk = 400. W swoich doświadczeniach używałem $^1/_{100}$ i $^1/_{200}$ normalnego rozczynu kw. szczawiowego, które rozlewałem w 18 próbówek w taki sposób, że I-sza z nich zawierała 4·5 sz. c. $^1/_{100}$-go rozczynu, II-ga 4·0 sz. c. $^1/_{100}$-go i 0·5 sz. c. $^1/_{200}$-go, III-ia 4·0 sz. c. pierwszego, IV-a 3·5 sz. c. pierwszego i 0·5 sz. c. drugiego i t. d., wskutek czego otrzymywałem szereg porcyj, dla zobojętnienia których wypadałoby po kolei użyć 3·6, 3·4, 3·2 itd. miligrm. NaOH. Oczywista, że biorąc ilości o połowę mniejsze, niż we wyżéj przytoczonym przykładzie, brałem i odpowiednią ilość krwi, t. j. dolewałem do każdéj próbówki nie jeden, lecz $^1/_2$ sz. c. krwi. Miało to ten cel, aby nie nazbyt wiele ujmować krwi zwierzęciu i w taki sposób zabezpieczyć się od mogących wyniknąć z tego powodu niepożądanych zmian w jéj alkaliczności. Krew wziętą bezpośrednio z krwionośnego naczynia w ilości 10 sz. c. mięszałem starannie z 90 sz. c. 10% rozczynu siarkanu sodu, rozumie się zupełnie obojętnego i do każdéj próbówki dolewałem za pomocą dokładnie wymierzonéj pipetki po 5 sz. c. powstałéj mięszaniny (każda więc porcyja zawierała 0·5 sz. c. czystéj krwi). Wstrząsnąwszy parę razy próbówki dla dokładniejszego zmięszania krwi z kwaśnym rozczynem do każdéj wkładałem po kawałku niebieskiego i czerwonego lakmusowego papierka; zabarwienie ich wskazywało, gdzie otrzymanym został odczyn obojętny[1]). Ściśle mówiąc za obojętną przyjmowałem zawsze pierwszą, następującą po kwaśnych zasadową porcyję. Całe to postępowanie odbywało się z możliwą szybkością tak, że od chwili wypuszczenia krwi z naczynia do otrzymania ostatecznego wyniku upływało nie więcéj niż 2 minuty.

Przystępuję teraz do szczegółowego opisu moich doświadczeń. Jak już wspomniałem, wykonywałem je wyłącznie na psach. Zwierzę, zanim mogło być użytem do doświadczenia, musiało wpierw przebyć 7—12 dni w pracowni, gdzie codziennie rano podawano mu około 200 grm. końskiego mięsa i wody *ad libitum*. W dniu przeznaczonym na doświadczenie zwierzę nie dostawało nic. (Dok. nast.)

[1]) *Untersuchungen über die Wirkung der Säuren auf den thierischen Organismus. Arch. f. exp. Path. u. Pharm.* VII Bd. S. 148, 1877. — [2]) *Berl. kl. Woch.* Nr. 15. S. 185. — [3]) *Studien über Alkalescenz des Blutes. Arch. f. exp. Path. u. Pharm.* XVII Bd. S. 304, 1883. — [4]) *Gase des arteriellen Blutes im Fieber. Zeitschrift f. klin. Medicin* II Bd. S. 355, 1882. — [5]) *Magensaftsecretion und Blutalkalescenz. Arch. f. exp. Path. u. Pharm.* XXII Bd., 1887. — [6]) *Ueber den Kohlensäuregehalt des arteriellen Blutes beim Fieber. Arch. f. exp. Path. u. Pharm.* XIX Bd., 1885. — [7]) Patrz: J. Steiner. Fizyjologia. przekł. rosyjski. Kijów 1879 r., str. 34. — [8]) *L'alcalinita del sangue e della saliva durante la digestione gastrica. Virchows Jahresbericht* 1885 r. — [9]) *Ueber Alkalescenz des Blutes bei Krankheiten. Zeitschrift f. kl. Medicin.* Bd. XIII. S. 350.

[1]) Zauważyć należy, że zmoczone we krwi kawałki tak niebieskich jak i czerwonych papierków lakmusowych na powietrzu po upływie $^1/_2$—1 minuty przyjmują jednakową brunatną barwę tak, że już poźniéj trudno powiedzieć cośkolwiek o ich pierwotnem zabarwieniu. Zjawisko to, jak się zdaje, można objaśnić w ten sposób, że mamy tu cienką warstwę krwi na porowatym papierze, a więc też same warunki, przy których barwik krwi zwykł się łatwo rozkładać i tworzyć ciało silnie związujące tlen (*haemochromogen* Hoppe-Seylera), przyczem wywięzuje się ozon (J. Steiner, l. c., str. 171), któremu też należy przypisać ów rozkład lakmusu.

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznéj Prof. Dra M. Madurowicza.

Przypadek laparotomii z powodu pęknięcia macicy.

Skreślił

Dr. Stanisław Braun, 1-szy asystent.

(Dok. Patrz Nr. 15).

Do kliniki położniczéj Prof. Dra M. Madurowicza przywieziono koleją 1 listopada 1889 r. K. K., mężatkę, 24 lat liczącą, która podaje, że rodziła 2 razy, porody oba odbyły się na czasie, płód z pierwszego porodu urodził się nieżywy, drugi żywy, obecnie jest po raz trzeci w końcu ciąży, czynność porodowa rozpoczęła się przed 3 dniami, z wystąpieniem pierwszych bólów porodowych odpłynęły wody płodowe, bóle od samego początku były gwałtowne, od czasu jak wyjechała z domu czuje się znacznie lepiéj, choć więcéj osłabiona, bo nie ma tych gwałtownych bólów w krzyżach, tylko znośniejsze dołem brzucha, krwi na zewnątrz odpływającéj nie dostrzegła.

W 48 godzin po wystąpieniu czynności porodowéj wezwano lekarza, który podaje, że podczas badania zewnętrznego znalazł obciśnięcie się macicy około płodu, mocne wypuklenie kuliste, wielkości główki płodu, twarde, położone nad spojeniem łonowem, więcéj po stronie prawéj, z którego bliżéj sprawy zdać sobie nie potrafił; przy badaniu wewnętrznem stwierdził ujście zewnętrzne macicy zupełnie rozwarte, pęcherz pęknięty, położenie płodu czaszkowe drugie, główkę ustaloną, u wysokości wchodu miednicy umieszczoną z znacznem przedgłowiem, twardą, wypełniającą szczelnie wchód miednicy. Tętna nie mógł stwierdzić, z szpary sromowéj odchodziła woda płodowa, smołką zabarwiona. Dla rozwiązania matki założył kleszcze Simpsona, lecz te ześlizgnęły się pionowo, po kilku silniejszych pociągnięciach.

Po kilku daremnych usiłowaniach obniżenia główki, kleszcze wyjął i wszedł ręką do jamy macicy, odsunął główkę na bok i doszedł do nóżek, tych atoli niżéj sprowadzić nie mógł. Przystąpił do kraniotomii, otworzył z trudnością nożycami Naegelego główkę, lecz dalszego operowania zaniechał z powodu zupełnego osłabienia, a przypuszczając, że owo wypuklenie nad spojeniem łonowem pochodzi od jakiegoś guza w wchodzie miednicy lub od potworu bliźniaczego, dla rozwiązania ostatecznego odesłał rodzącą do kliniki.

Badanie w klinice wykazało: osoba średniego wzrostu, miernego odżywienia, o kończynach chłodnych, sinych, wyrazie twarzy ostro zaznaczonym, świadczącym o znacznym upadku sił, ciepłocie ciała obniżonéj poniżéj normy, tętnie drobnem, nitkowatem, chwilami niewyczuwalnem, 140 na minutę, skórze pokrytéj tu i owdzie lepkim zimnym potem, języku wilgotnym, ustach sinych, przytomności umysłu zupełnie utrzymanéj, oddechu prędkim, przyspieszonym. Brzuch mocno wypuklony jednostajnie po obu bokach, tak nad jak i pod pępkiem o powłokach napiętych, bolesnych. Obmacywaniem daje się w głębi wyczuć po stronie prawéj nad łopatką biodrową prawą opór, którego bliżéj oznaczyć nie można. Podczas badania przez pochwę stwierdzono srom opuchnięty, siny, bolesny, powalany ciemną krwią skrzepłą; pochwa szeroka, krótka, część pochwowa zanikła, ujście zewnętrzne zupełnie rozwarte. Przez ujście daje się wybadać główka płodu ustalona, szwów i ciemion bliżéj oznaczyć nie można, gdyż pojedyncze kości zachodzą na siebie, a niektóre z nich odsłonięte sterczą do pochwy.

Ze stanu ogólnego, badania i wywiadów, które wykazują, że bóle przedtem gwałtowne ustały nagle i odtąd rodząca czuje się lepiéj, ale więcéj osłabiona, rozpoznano: pęknięcie macicy, położenie płodu główkowe, główka przedziurawiona.

Nożycami Naegelego odsunięto zachodzące na siebie kości, założono kranioklast i wydobyto z łatwością płód donoszony z pomniejszoną czaszką. Po wydobyciu płodu skoro wypływać zaczęła spora ilość krwi ciemnéj płynnéj, przystąpiono do wydobycia popłodu. Po pępowinie doszła ręka przez duży otwór po stronie prawéj macicy, komunikujący z jamą brzuszną, do łożyska, ułożonego w jamie brzusznéj wolno pod prawym łukiem żebrowym. Mając do czynienia z pęknięciem macicy zupełnem i znacznem, zatamponowano pochwę gazą jodoformową i przystąpiono do laparotomii w celu zeszycia względnie odcięcia macicy. Ponieważ tętno było zaledwie wyczuwalne, wstrzyknięto kilka strzykawek eteru podskórnie i otworzono jamę brzuszną. Między kiszkami znaleziono sporo skrzepów krwi i macicę skurczoną, rozdartą po stronie prawéj i od przodu we warstwie otrzewnowéj i mięsnéj, rana długa około 15 ctm. przebiega ukośnie, od dolnéj granicy trzonu do górnego brzegu pochwy, o brzegach nierównych skrzepłą krwią pokrytych. Otrzewna w miejscu rany nietylko wzdłuż, ale i poprzecznie była rozdarta. Z powodu mocnego ubytku sił, a zarazem mocnego rozdarcia ścian szyjki w kierunku podłużnym i poprzecznem, sięgającego nizko, o ile przechodzi rozdarcie nawet na przednią ścianę pochwy, zeszyto, po dokładnem oczyszczeniu, warstwę mięsną i otrzewną, szwem ciągnącym się katgutowym, a blizna powstała ztąd w otrzewnie miała kształt litery X. Po oczyszczeniu jamy brzusznéj zamknięto powłoki brzuszne.

Pomimo eteru, wina, koniaku, wstrzykiwania w rozczynie 0·6 na 1000 ciepłego rozczynu soli kuchennéj podskórnie autotransfuzyi, chora umarła w 10 godzin po operacyi.

Sekcyja wykazała: pęknięcie macicy po stronie prawéj w szyjce przechodzące cokolwiek w trzon i górną połowę pochwy, zapalenie wnętrza macicy i otrzewnéj zakaźne, ostry obrzęk płuca, zwyrodnienie miąższowe wątroby, nerek i serca, szew na macicy, na otrzewnie i w warstwie mięsnéj trzymający dokładnie i zlepienie otrzewny wzdłuż całego szwu.

Przebieg zatem porodu w tym przypadku dałby się w ten sposób wytłómaczyć:

Z powodu ścieśnienia miednicy i główki dużéj twardéj, niepodatnéj, wytworzył się znaczny niestosunek porodowy, następstwem którego było znaczne przeciąganie się porodu, pomimo silnych porodowych bólów; ponieważ główka się nie obniżała, a bóle trwały daléj dosyć silne, uległ mocnemu rozszerzeniu i ścieńczeniu dolny odcinek macicy i to przeważnie po stronie prawéj, gdzie leżała potylica; tem sobie możemy tłomaczyć ów guz twarty, kulisty więcéj po stronie prawéj nad spojeniem łonowem umieszczony, uważany mylnie przez lekarza ordynującego za guz patologiczny lub główkę potworu bliźniaczego. Już wtedy było wyraźnie zaznaczone niebezpieczeństwo pęknięcia macicy. Przez nieostrożne założenie kleszczy, a głównie przez usiłowany obrót na nóżki, dolny odcinek uległ jeszcze znacznemu rozciągnięciu i rozdarciu częściowemu, które w dalszem trwaniu bólów gwałtownych zamieniło się w rozdarcie macicy zupełne.

Kiedy to nastąpiło, trudno dzisiaj oznaczyć; to jest tylko pewne, że podczas operacyi nie nastąpiło, bo jak ordynaryjusz donosił, odsełał rodzącą do Krakowa z bardzo mocnemi bólami porodowemi. Prawdopodobnie w drodze do Krakowa macica pękła, i to wtedy, odkąd rodząca zaczęła się czuć podmiotowo lepiéj, choć więcéj osłabiona. Kiedy do kliniki przybyła, mieliśmy tylko zwykłe następstwo pęknięcia macicy, a mianowicie: znaczny upadek sił rodzącéj z powodu krwotoku wewnętrznego, bo krew dopiero wydostała się we wielkiéj ilości, kiedy płód wydobyto, przedtem ani rodząca, ani my w klinice nie stwierdziliśmy wypływu większéj ilości krwi. Rozwiązanie drogą naturalną wydawało się nam najprędszem do wykonania, ztąd wydobyliśmy płód przez pochwę, a skoro podczas wydobywania łożyska stwierdzono, że otwór w ścianie macicy jest tak duży, że nie można by go było zatkać szczelnie gazą jodoformową, otworzyliśmy jamę brzuszną, aby ranę zeszyć, względnie odciąć trzon macicy. Nie odcinaliśmy trzonu raz, że zabieg ten trwałby dłużéj niż zeszycie, a stan choréj był i tak bardzo nędzny, powtóre, że szypułka nie byłaby się składała z całéj, ale poszarpanéj szyjki, co mogłoby dać powód do następowego krwotoku, a względnie do ropienia znacznego. Następujące postępowanie lecznicze w tym przypadku wydaje się nam jako najracyjonalniejsze: założyć kleszcze dla zwalczenia niestosunku porodowego, a gdyby te nie prowadziły do celu, pomniejszyć główkę lub wykonać, jeżeli płód żywy, cięcie cesarskie metodą Saengera.

III. O laryngofisurze na podstawie własnego doświadczenia.

Podług wykładu mianego w Tow. lekarskiem krak. w czerwcu 1889 r., uzupełnione przypadkami późniejszemi.

Podał
prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

21) Przypadek dwudziesty pierwszy dotyczy kobiety, która przebyła zapalenie ochrzęstnéj na zewnątrz płyty tarczykowéj lewéj (*perichondritis thyreoidea externa sinistra*). Sprawa zapalna zakończyła się ropniem, który w początku jesieni 1889 w szpitalu św. Łazarza otworzono. W czas jakiś po otwarciu ropnia zaczęła u choréj powoli wytwarzać się duszność, skutkiem któréj musiano w końcu wykonać tracheotomiję w czasie, kiedy ropień był zupełnie wygojony. Badanie laryngoskopowe po tracheotomii podjęte wykazywało obrzmienie więzadeł fałszywych i prawdziwych tak, że jedne z drugiemi się zlewały. Zatoki Morganiego skutkiem obrzmienia zostały wyworczone. Obrzmienie to zajmuje po stronie lewéj przeważnie tylne części obu więzadeł przechodząc na przestrzeń międzynalewkową, po stronie prawéj przeważnie tylko części przednie. Skutkiem tego przedstawia szpara głośni kształt półksiężyca wklęsłością na prawo i ku przodowi, wypukłością na lewo i ku tyłowi skierowanego. Chrząstki nalewkowe okazują się prawidłowo ruchome. Obrzmienie więzadeł prawdziwych rozszerza się od brzegu ku dołowi zwężając więcéj jeszcze krtań pod głośnią, co tak za pomocą laryngoskopu od góry, jak i lusterkiem Czermaka od dołu przez ranę tracheotomijną stwierdzić można. Przytem bujają w okolicy kaniuli, szczególniéj nad jéj okienkiem granulacyje łatwo krwawiące. Stan ten zdawał się odpowiadać obrzmieniu obocznemu, które sprawie ropnéj na zewnątrz płyty tarczykowéj lewéj towarzyszyło. Dlatego też przez czas dłuższy nie przedsiębrałem żadnych zabiegów u choréj sądząc, że wspomniane obrzmienie samo ustąpi. Gdy jednak stan powyższy przez kilka miesięcy niezmienny pozostawał, rozpocząłem u niéj dylatacyję za pomocą czopków cynowych Schröttera. Po kilku dniach jednakże przerwać takową musiałem z powodu bólu, na który się chora uskarżała, a któremu obrzmienie wejścia krtani towarzyszyło. Po pewnéj pauzie podjęta po raz drugi i trzeci dylatacyja czopkami wkrótce z tego samego powodu przerwaną być musiała. Bóle po każdéj próbie występowały coraz silniéj, a chora lokalizowała je na prawéj płycie chrząstki tarczykowéj. Przytem można było stwierdzić zewnątrz obrzmienie na téj płycie, równie jak i spłaszczenie kąta międzypłytowego. Wobec tego zaprzestać musiałem dalszych prób dylatacyi, a przeczekawszy aż minie reakcyja czopkami wywołana, przystąpiłem do laryngofisury celem wycięcia części obrzmiałych, krtań zwężających. Laryngofisury dokonałem na początku roku bieżącego przy zwieszonéj głowie, przyczem miałem sposobność stwierdzić znaczne zgrubienie i nacieczenie ochrzęstnéj tak na zewnątrz, jak i na wewnątrz krawędzi międzypłytowéj. Po dokonaniu laryngofisury nie byłem w stanie rozewrzeć płyt chrząstki tarczykowéj w tym stopniu jak zazwyczaj tak, że operować pomiędzy niemi musiałem przez względnie zbyt wąską szparę, co naturalnie zabieg operacyjny znacznie utrudniało. Mimo to udało mi się wyciąć wtłaczające się w światło krtani części błony śluzowéj pod brzegami więzadeł. Części wycięte, lubo dość miękkie, okazywały się jednak nie tak wiotkie, jak przy wodnistym obrzęku. Widocznie długotrwałe obrzmienie do miernego rozrostu tkanki łącznéj doprowadziło. Po dokonaniu tego wycięcia założyłem tampon z gazy jodoformowéj i kaniulę, nad którą zeszyłem ranę szwem przez części miękkie idącym. W dni kilka wyjęto tampon, a chora po zatkaniu kaniuli korkiem dość dobrze oddychać mogła. Wkrótce jednak oddech stał się cięższym tak, że chora niechętnie kaniulę korkiem zatykała. Przy badaniu laryngoskopowem okazało się, że chrząstki nalewkowe nieco zamało się rozchodzą, a skutkiem tego obrzmiałe więzadła fałszywe i wyworczone nieco kieszonki Morganiego szparę głośni zwężały. Usunięcie tychże drogą endolaryngealną byłoby choréj oddychanie krtanią umożliwiło. Chora jednak wystąpiła ze szpitala i nie pokazała się więcéj.

Na mocy powyżéj przytoczonych przypadków twierdzić stanowczo mogę, że laryngofisura nie jest ani ciężką, ani niebezpieczną operacyją. Wprawdzie nie we wszystkich wymienionych przypadkach doprowadziła ona do pożądanego celu, nigdy jednak szkody nie przyniosła. Z przebiegu pooperacyjnego zaznaczyć muszę, że w żadnym przypadku gorączka nie trwała dłużéj nad dni kilka, wahając się co najwyżéj między 38° a 39° C., w większéj zaś części wymienionych przypadków w przebiegu pooperacyjnym żadnego podniesienia temperatury nie było. Przypadku śmierci nie tylko nie było żadnego, ale nawet nigdy nie wystąpiły po operacyi objawy, któreby dla chorego choćby najodleglejsze niebezpieczeństwo przypuszczać nakazywały. Jeżeli operacyję tę z tracheotomiją porównamy, musimy ją bezwarunkowo za łatwiejszą i lżejszą od téj ostatniéj uważać (*nota bene* mam tu na myśli laryngofisurę po dokonanéj już tracheotomii). Tracheotomija, którą w ogóle za operacyję łatwą uważać należy, może przy zmianie topograficznych stosunków na szyi n. p. niezbyt rzadko skutkiem wola, czasem skutkiem przerostu gruczołów szyjnych itp. stać się operacyją trudniejszą, co przy laryngofisurze nie ma wpływu. Powtóre: tracheotomiję zmuszeni jesteśmy wykonywać nieraz przy zbliżającéj się już asfiksyi, gdzie narkoza może być niebezpieczną, operowanie zaś bez chloroformu jest z powodu duszności i napierania wydechu chorego zwłaszcza u dzieci utrudnione. Ciągłe podnoszenie i obniżanie się krtani, jakie silnéj duszności towarzyszy, łatwe krwawienie, jakie przy napieraniu wydechu (przy krzyku, płaczu u dzieci) występować zwykło, czasem konieczność pośpiechu stanowią niedogodności tracheotomii, które przy laryngofisurze wcale nie istnieją.

Tu można przy odpowiedniem zabezpieczeniu tchawicy od ściekania krwi operować po nad raną tracheotomijną zupełnie swobodnie, podobnie jak na ręce lub nodze. Chory oddychając lekko nie podnieca swoją dusznością krwawienia, które jako miąższowe samo wkrótce ustaje. Przecięcie nieco większego naczyńka, jak *ramus hyoideus* lub gałązki tegoż, łączącéj się z *arteria crico-thyreoidea* na *ligamentum conicum*, co się zresztą rzadko wydarza, nie sprawia swojem krwawieniem żadnych niedogodności i pozwala wygodnie i spokojnie założyć ligaturę. To też nie ma tu koniecznéj potrzeby rozcinania części miękkich warstwowo, lecz można je śmiało nawet jednem cięciem aż do krawędzi międzypłytowéj rozdzielić, poczem wprowadzony pomiędzy struny głosowe herniotom krawędź tę od wewnątrz ku zewnątrz bez szkody dla więzadeł rozcina. Na ten sposób rozdzielania płyt kładę wielki nacisk. Przy rozcinaniu bowiem ostrym bisturem od zewnątrz ku wewnątrz, albo nawet bisturem gałkowatym z dołu ku górze, narażone są na nacięcie przednie części strun głosowych. To też herniotom należy przez ranę tracheotomijną w górę pomiędzy struny głosowe wprowadzić i w ich przednim kącie oprzeć, aby przy rozcinaniu płyt strun nie uszkodzić. W ten sposób można nawet jednem cięciem i płyty i części miękkie nad niemi rozdzielić, jak to uczynił był prof. Obaliński przy powtórnéj laryngofisurze w przypadku dziewiątym.

Podnieśliśmy powyżéj jako *conditio sine qua non* dla wygodnego wykonania laryngofisury zabezpieczenie tchawicy od ściekającéj krwi, w którym to celu zazwyczaj kaniule tamponowe używane bywają, jak kaniula Trendelenburga lub Hahna. Takowe jednak nie zawsze działają pewnie, a przy-

tem utrudniają rozcięcie płyt od wewnątrz ku zewnątrz, do wykonania którego wyjęte być muszą, a tem samem w chwili rozcinania płyt na aspiracyję krwi chorego narażają. Zwykle takowa nie bywa wielką, krwotok bowiem nie bywa znaczny, a przytem zaraz po dokonaniu rozcięcia kaniulę tamponową napowrót założyć można. Są jednak przypadki, jak nasz przypadek piąty (*perichondr. thyreoidea*), lub dziewietnasty (*carcinoma laryngis*), gdzie krwotok jest znaczny, może więc naraz aspiracyja większéj ilości krwi nastąpić. Prócz tego kaniula pozostająca w ranie utrudnia, zwłaszcza szeroką płytą, nieraz potrzebne po dokonanéj laryngofisurze zabiegi we wnętrzu krtani. Z tego to powodu był zmuszony prof. Obaliński w naszym pierwszym przypadku po dokonaniu laryngofisury założyć tylko kaniulę wewnętrzną, którą dla pewności na grubéj nitce trzymać trzeba było.

W tymże samym przypadku użył prof. Obaliński, gdy go kaniula Trendelenburga zawiodła, tamponu nad kaniulą t. j. kawałka gąbki, który po dokonanéj laryngofisurze nad kaniulą umieszczony od ściekania śluzu i krwi do tchawicy przy dalszych zabiegach ochraniał. Korzyści i niedogodności téj ostatniéj metody na równi z korzyściami i niedogodnościami kaniuli tamponowéj postawić muszę, z tą jednak różnicą, że nie przeszkadza tu płytka kaniuli i tampon do potrzeby łatwiéj zastosowanym być może, to jest tchawicę od ściekania krwi może ochraniać, co przy kaniulach tamponowych nie zawsze daje się osiągnąć. Swoją drogą dobrze co do wielkości zastosowania i na dzień przed laryngofisurą założona kaniula Hahna zupełnie tchawicę od ściekania krwi chronić może. Jeżeli przytem wykonano poprzednio tracheotomiję podtarczykową, jak to uczynił w przypadku piętnastym prof. Rydygier, wtedy kaniula taka niczem przy potrzebnych po laryngofisurze zabiegach, ani też przy saméj laryngofisurze przeszkadzać nie będzie. Nie zdaje mi się jednak korzystnem wykonywanie tracheotomii dolnéj, a tem samem zadawanie choremu dwóch ran zamiast jednéj. Laryngofisura po tracheotomii dolnéj wykonana wymaga przecięcia części przynajmniéj więzu stożkowego (*ligam. conicum*), aby przezeń herniotom między płyty chrząstki tarczykowéj wprowadzić. Oszczędzamy więc przy téj metodzie jedynie rozcięcie łuku chrząstki obrączkowéj, które dla chorego jest mniejszéj wagi niż tracheotomija podtarczykowa.

Operowanie bez tamponowéj kaniuli lub tamponu po nad kaniulą założonego jest przecie możebnem w przypadkach, w których nie ma wielkiego krwawienia. Chcąc jednak chorego od aspiracyi krwi częściowo zabezpieczyć, należy go operować bez chloroformu, aby przez narkozę odkrztuszania krwi aspirowanéj nie utrudnić. O ile jednak ciągłe krztuszenie chorego i zanieczyszczanie pola operacyjnego ściekającą i na nowo odkrztuszaną krwią operatorowi w jego zabiegu przeszkadza, każdy łatwo oceni. Przy znaczniejszym krwotoku, a zwłaszcza podczas narkozy chory absolutnie nie będzie w stanie wszystkiéj krwi aspirowanéj odkrztusić, a tem samem zostaje narażony na powstanie zapalenia płuc po operacyi. To też w ten sposób wykonywanéj laryngofisury nie widziałem nigdy. Pojęcie jednak o niéj łatwo mieć mogę z przypadków, w których kaniula tamponowa niedokładnie spełniała swoje zadanie, lub też czasowo dla zyskania miejsca wyjętą być musiała, jak w przypadkach: pierwszym, drugim i czwartym. Ciągłe krztuszenie się chorego i ciągłe zanieczyszczanie pola operacyjnego (t. j. wnętrza rozciętéj krtani) utrudniało działanie operatora, a tem samem znacznie przedłużało trwanie operacyi.

Można jednak i bez kaniuli tamponowéj lub pokrycia tamponem kaniuli uchronić chorego w zupełności od aspirowania krwi, nie ścieśniając sobie przytem wcale operacyjnego pola działania. Osiągnąć to mianowicie można wykonywając laryngofisurę przy zwieszonéj w tył głowie. Baczyć jednak należy, aby nie tylko głowa, lecz także i szyja chorego ku dołowi opadała, co łatwo osiągnąć, jeżeli się go aż poza barki przed krawędź stołu operacyjnego wysunie. Jeden pomocnik musi chorego utrzymywać we wspomnianéj pozycyi, aby się ze stołu operacyjnego na głowę nie zesunął; drugi musi trzymać zwieszoną głowę. Ułożywszy tak chorego po zachloroformowaniu wyjmuję kaniulę i przystępuję do rozcięcia części miękkich po nad spojeniem płyt chrząstki tarczykowéj. Jeżeli otwór tracheotomijny po wyjęciu kaniuli się ściąga rozwiera go asystujący rozwieraczem Trousseaua. Przy krwawieniu silniejszem z części miękkich może się tylko troszkę krwi z okolicy przyległéj ranie tracheotomijnéj do tchawicy dostać. Takowa jednak zaledwie na brzeg tchawicy doszedłszy własnym ciężarem nazad opada. Wreszcie i od tego uchronić można chorego ucisnąwszy w dane miejsce tamponikiem z waty na koniec szczypczyków okręconéj. Można także zostawić na razie nad raną tracheotomijną wąski mostek skóry, który się na samym końcu, t. j. bezpośrednio przed rozcięciem płyt osobno przecina. Rozcięcie płyt zwiększając naraz otwór prowadzący do tchawicy uniemożliwia do reszty aspiracyję krwi, nawet do górnéj jéj części. Łatwo pojąć, że przy wąskim otworze tracheotomijnym krew w nim się gromadząca prądem powietrza wdychanego częściowo pod górę do tchawicy porwaną być może; przy szerokim natomiast otworze, jaki po dokonanéj laryngofisurze i rozwarciu krtani uzyskujemy, powietrze wdychane nie jest w stanie krwi porwać za sobą do tchawicy; takowa więc swobodnie spływa do jamy połykowéj, a stąd przez usta i nos na ziemię. Nawet więc w razie silnego krwotoku nie zachodzi obawa aspiracyi krwi. Jedynie jeżeli operujemy w obrębie dawnéj rany tracheotomijnéj, t. j. tuż nad tchawicą mogą się cząstki krwi przy wdechu do jéj górnéj części dostać; nie doszedłszy jednak daleko, z łatwością przy wydechu napowrót odrzucone zostają.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Dzisiejszy pogląd na fizyjologiczne działanie mięsienia.

Podał

Dr. Michał Kaufmann.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

Przytaczam jako przykład dwa doświadczenia.

A ściska dynamometr co 15 sekund. Dynamometr pokazuje: 87, 72, 68, 68, 68, 62, 52, 55, 48, 52, 42, 42, 45, 49, 42, 42, 62, 62, 58, 62. 58, 62, 50, 48, 55, 58, 52, 45, 50, 50, 49, 49, 46, 42, 39, 59, 56, 53, 54, 59, 59, 57, 55, 53, odtąd co 5 sekund: 50, 50, 53, 50, 54, 54, 55, 48, 51, 45. 44, 40, 45, 40, 35, 40, 45, 45, 42, 40, 40, 40, 42, 44, 41, 40, 36, 36, 35, 41, 42, 45, 42, 42, 42, 45, 40, 45, 40, 35, 41, 40, 39, 39, 35, 35, 30, 40, 38, 45, 46, 46, 42, 46, 44, 44, 44, 40, 45, 43, 46, 40, 35, 40, 36, 30, 36, 35, 42, 38, 35, 45, 42, 38, 35, 40, 36, 35, 36, 35, 40, 40, 40, 34, 35, 35, 36, 38, 35, 30, 38, 36, 30, 35, 35, 40, 35, 35, 37, 32, 36, 38, 30, 38, 35, 30, 31, 25, 28, 40, 38, 29, 30, 40, 30, 30, 28, 25, 42, 32, 26, 30, 28, 30, 32, 28, 30, 30.

Po 10 minutach odpoczynku, co 10 sekund: 55, 47, 52, 42, 41, 40, 29, 32, 35, 38, 35, 37, 35, 35, 35, 35, 30, 36, 34, 30, 34, 30, 30, 35, 37, 32, 39, 28, 30, 30, 28, co 5 sekund: 35, 32, 34, 28, 28, 36, 30, 30, 32, 38, 40, 30, 30, 28, 28.

B ściska dynamometr, co 5 sekund: 90, 92, 95, 92, 84,

85, 86, 82, 83, 86, 85, 80, 82, 79, 78, 76, 75, 75, 78, 78, 78, 78, 76, 70, 76, 78, 72, 75, 76, 76, 76, 74, 70, 72, 72, 70, 68, 70, 68, 68, 68, 65, 65, 64, 66, 55, 60, 58, 56, 55, 54, 52, 52, 56, 54, 54, 52, 55, 48, 50, 50, 50, 42, 45, 44, 44, 40, 40, 46, 46, 46, 45, 42, 45, 40, 45, 39, 42, 44, 40, 46, 41, 45, 49, 40, 38, 30, 38, 42, 41, 35, 45, 38, 40, 38, 36, 34, 40, 39, 40, 35, 32, 30, 28, 30, 28, 27, 30, 26, 27, 25, 20, 20, 20, 18, 20, 20, 15, 24, 24, 20, 20, 24, 21, 26, 22, 20, 17, 30, 21, 19, 28, 22, 25, 27, 27, 22, 25, 30, 32, 33, 21, 18, 21, 21, 27, 27, 36, 34, 35, 27, 24, 24, 26, 25, 20, 29, 22, 24, 24, 21, 19, 21, 19, 22, 22, 24, 25, 27, 25, 29, 19, 25, 26, 24, 22, 25, 18, 30, 22, 18, 17, 15, 21, 25, 24, 25, 26, 30, 28, 32, 36, 35, 31, 20, 25, 24, 20, 20, 30, 30, 31, 30, 21, 21, 21, 26, 25, 24, 22, 20, 24, 25, 24, 24, 21, 20, 20, 22, 18, 22, 17, 21, 17, 18, 20, 19, 25, 19, 18, 20, 22.

Po 10 minutach miesienia: 65, 65, 55, 50, 60, 60, 60, 56, 54, 57, 48, 48, 50, 50, 54, 48, 44, 42, 42, 45, 44, 42, 41, 42, 45, 39, 45, 40, 42, 49, 45, 45, 40, 42, 40, 40, 42, 40, 41, 39, 38, 39, 25, 22, 27, 31, 36, 36, 30, 25, 34, 34, 36, 30, 35, 35, 32, 31, 31, 30, 35, 28, 28, 25, 30, 27, 27, 35, 35, 27, 28, 25, 30, 31, 35, 35, 36, 36, 40, 45, 40, 38, 36, 45, 40, 40, 40, 45, 40, 41, 39, 40, 40, 41, 41, 36, 46, 46, 50, 45, 40, 40, 42, 42, 40, 35, 39, 31, 30, 35, 37, 30, 30, 35, 40, 37, 32, 37, 30, 37, 35, 30, 21, 30, 30, 30, 30, 32, 37, 32, 30, 32, 30, 32, 25, 27, 27, 30, 24, 25, 25, 28, 32, 36, 34, 30, 32, 30, 28, 31, 29, 25, 24, 18, 25, 27, 18, 18, 22, 22, 20, 25, 25, 22, 20, 21, 22, 20, 24, 20, 21, 19, 20, 25, 20, 19, 21, 25, 25, 22, 23, 20, 21, 24, 25, 22, 25, 25, 26, 24, 20, 22, 21, 21, 22, 25, 15, 20, 30, 32, 31, 34, 30, 25, 22, 24, 26, 27, 24, 31, 27.

W innych doświadczeniach tego rodzaju wynik był zupełnie ten sam, a mianowicie, że zawsze po mięsieniu, jakkolwiek absolutna siła skurczów nie wzrastała, to jednakże ilość skurczów, a ostatecznie i praca, którą mięśnie wykonywały, wskutek ściskania dynamometru, po mięsieniu była znacznie większą, aniżeli w tych przypadkach, w których przez ten sam czas mięśnie znużone pozostały tylko w spoczynku bez mięsienia.

Prócz tego szeregu doświadczeń wykonałem jeszcze inny, w którym prace mięśni zapisywano graficznie na walcu okopconym. Badane osoby podnosiły ciężar tylko za pomocą zginania ręki, przyczem przedramię było ustalone tak, że przy każdem zginaniu ręki ciężar 5 kilogr. był podnoszony na pewną wysokość zależną od siły skurczów, a za pomocą osobnego urządzenia wysokość tego podniesienia była naznaczoną na walcu okopconym. Tu również mięśnie wykonywały pracę aż do zupełnego znużenia i w jednych przypadkach następnie pozostawały tylko przez pewną ilość czasu w spoczynku, w drugich były poddawane mięsieniu, poczem znowu wykonywano skurcze i podnoszono ciężar aż do znużenia.

Oto niektóre z tych doświadczeń.

1) Pan H... podnosił ciężar 5 kilogr. przez 2 minuty i wykonał przez ten czas 80 skurczów, linija najsilniejszego skurczu wynosiła na walcu 35 mmtr. najsłabszego 10 mmtr. Ponieważ linija 15 mm. odznacza podniesienie ciężaru 5 kilogr. na 10 cntm. wysokości, to można było obliczyć całkowitą pracę. W tym przypadku wszystkie skurcze razem przedstawiały liniję równającą się 1820 mm., a zatem podniesienie ciężaru 5 kilogr. na 12 metr. 10 cntm. Mięsiono przez 5 minut. Po mięsieniu p. H... wykonał 88 skurczów w ciągu 2 minut, równających się na myografie linii 1575 mm., czyli podniósł ciężar 5 kilogr. na 10 metr. 50 cntm. Po 5 minut. zwykłego spoczynku bez mięsienia wykonał 48 skurczów, których linia na myografie wynosiła tu tylko 800 mm., czyli podniósł ten sam ciężar tylko na 5 metr. 30 cntm.

2) Pan P... wykonał aż do zupełnego znużenia 94 skurczów, na myografie suma linij skurczów wynosi 1900 mm. t. j., że pan P... podniósł ciężar 5 kilogr. na 12 mtr. 60 cntm. Po 5-ciu minutach zwykłego odpoczynku wykonał aż do zupełnego znużenia tylko 57 skurczów, linija na myografie wynosi 1125 mm., podniósł ciężar 5 kilogr. na 7 metr. 50 cntm. Potem mięsiono 5 minut. Pan P. wykonał 99 skurczów, suma linij na myografie wynosi 2150 mmtr. czyli podniósł ten sam ciężar na 14 mtr. 30 cntm.

3) Ekspres podniósł ciężar 5 kilogr. aż do zupełnego znużenia 208 razy. Suma linij na myografie wynosi 5080 mm., czyli podniósł ten ciężar na 33 mtr. 70 cntm. Po mięsieniu trwającem 5 minut podniósł ten sam ciężar 302 razy, linia na myografie 7490 mmt. równająca się podniesieniu na 49 mtr. 80 ctm.

4) Pan T... wykonał w przeciągu 3 minut 70 skurczów. Suma linij na myografie wynosi 1400 mm., czyli pan T... podniósł ciężar 5 kilogr. na 9 metr. 30 cntm. Mięsiono przez 5 minut. Zaraz po mięsieniu pan T... wykonał w przeciągu 3 minut 120 skurczów. Linija równa się 2030 mm. na myografie, czyli podniósł ten sam ciężar na 13·50 mtr.

5) Pan Z... wykonał w przeciągu 3 minut 91 skurczów. Linija na myografie wynosi 1920 mm., czyli podniósł ciężar na 12 mtr. 80 cntm. Po spoczynku 5 minut bez mięsienia wykonał tylko 50 skurczów w przeciągu 3 minut, linia na myografie wynosi 1015 mmtr., czyli podniósł ciężar na 6 mtr. 70 ctm.

6) Pan W... podniósł ciężar 5 klgr. zginaczami ramienia przez 2 minuty 25 razy. Po 4 minutach wypoczynku podniósł ten sam ciężar w przeciągu 2 minut 20 razy do znużenia. Po mięsieniu trwającem 2 minuty podniósł w ciągu minuty 32 razy, przyczem było uczucie większej lekkości w ruchach. Po dalszych 4 minutach odpoczynku p. W... był tylko w stanie 15 razy w minucie ten sam ciężar podnieść. Znów mięsiono przez dwie minuty, a wtedy w równych odstępach podniósł 31 razy w minucie.

Doświadczenia te niewątpliwie przekonały o tem, że mięśnie znużone daleko prędzej wracają do stanu prawidłowego przy mięsieniu i rzeczywiście zdolne są do wykonania większej pracy, aniżeli przy zwykłym spoczynku. Nie mogliśmy jednak zauważyć tak wybitnej różnicy, jaką wskazują niektórzy autorowie, a w szczególności Reibmayer. Charakterystyczną jednak jest rzeczą, na którą zresztą wskazują już spostrzeżenia innych autorów, że mimo niewątpliwie zwiększonej zdolności do pracy wskutek mięsienia, mięśnie tak przy bezpośredniem badaniu jako też przy działaniu na nie za pomocą nerwów, okazują mniejszą pobudliwość po mięsieniu, aniżeli w stanie prawidłowym. Fakt ten najsamprzód zauważyłem wprost w praktyce prywatnej, kiedy bowiem prąd indukcyjny zastosowany u pewnej osoby na mięśnie przedramienia przy oddaleniu cewki drugorzędnej na 4 cntm. skurcze przez dłuższy czas wywołać był w stanie, a gdy następnie wskutek znużenia skurcze mimo drażnienia już nie występowały, to spokój 15 minutowy zupełnie wystarczył, aby prąd tej samej siły ponownie skurcze wywołał. Gdy zaś po powstałem zmęczeniu mięsiono przez ten sam czas, wtedy cewki znacznie trzeba było zbliżyć do siebie, aby wywołać skurcze w mięśniu.

Doświadczenia tego rodzaju przerobiłem także w zakładzie fizyjologicznym i to nietylko na ludziach, ale także na psie i wynik w przeważnej części przypadków, szczególnie w tych doświadczeniach, które mogliśmy uważać za dokładne, był tem sam.

Oto są te doświadczenia:

Doświadczenie 1) Pan J.. Odległość cewek 77 mmtr. jedna elektroda prądu indukcyjnego na przedniej powierzchni przedramienia w odległości 3 cntm. od *condyl. int.*, druga nad stawem nadgarstkowo - przedramiennym. Pojedyncze uderzenia wywołują skurcz wybitny. Po 3 minutach ponowne podrażnienie wywołuje skurcz nawet silniejszy.

Dośw. 2) Ustawienie to same, odległość cewek 115, słaby skurcz; mięsiono przez 3 minuty. Bezpośrednio po mięsieniu oddziaływanie znacznie słabsze, stopniowo jednak wzrastające.

Dośw. 3) Ustawienie to same, odległość cewek 112 mmtr. (Prąd do cewki pierwotnej od 1 stosu Daniela) uderzenie indukcyjnego prądu wywołuje zupełny skurcz palców, po 2 minut. mięsienia dla wywołania tego samego skurczu wypadło cewkę indukcyjną przybliżyć do pierwotnej o 1 cntm. Po 5 minutach pobudliwość wróciła do normy.

Dośw. 4) Pies, ścięgno *tibialis ant.* połączono z myografem, mięsień zachowany na miejscu, krążenie prawidłowe, draż-

nienie pojedynczemi uderzeniami prądu indukcyjnego za pomocą 2 par elektrod, z których jedna kończyła się igłami i była w dwóch miejscach wsadzona do mięśnia, druga para podłożona pod *nerv. ischiadicus*. Najsłabszy skurcz otrzymywano przy podrażnieniu mięśnia przy odległości cewek 227 mm. z nerwu przy odległości 314, po męsieniu dla otrzymania tego samego skurczu wypadło przy drażnieniu bezpośredniem mięśnia przybliżyć cewkę aż do odległości 190, przy drażnieniu nerwu 222 mm.

(Dokończenie nastąpi.)

V. Oceny i sprawozdania

Bakteryjologija.

Wurtz (Paryż): **O własnościach przeciwgnilnych białka.**

Że istota białkowata, zawarta w białku jaja kurzego działa zabójczo na mikroorganizmy, dowodzą następujące doświadczenia autora: wziąwszy minimalną ilość z pewnéj hodowli za pomocą cieńkiego drucika platynowego, który stale do pewnéj wysokości w hodowli był zanurzony, przeszczepiał tę ilość na 1 cm. sz. białka kurzego umieszczonego w epruwetce. Kilka epruwetek w ten sposób przygotowanych zostawiał W. przez jednę godzinę w cieplocie 38° C. Po upływie tego czasu dodawał do każdéj takiéj epruwetki 10 sz. cm. żelatyny. Okazało się, że w żadnéj z nich hodowla zaszczepionego mikroorganizmu nie powstała, podczas gdy w epruwetkach zawierających te same ilości żelatyny bez białka, z którémi w ten sam sposób manipulował, rozwijały się bujnie hodowle zaszczepione. Badanie Wurtza odnosiły się szczególnie do prątka wąglika, który tak w stanie prątka, jak nitek, a nawet w stanie zarodników przestaje się rozwijać pod wpływem świeżego białka kurzego. Spiryle, mikroby cholery kur, prątki durowe Ebertha, różne streptokoki, *bacillus subtilis* i t. d. są również czułe na działanie białka, jednakże w mniejszym stopniu. Ażeby doświadczenie się udało, ilość zaszczepionéj hodowli musi być nadzwyczaj małą. Niektórzy badacze spostrzegali rozwijanie się hodowli mikroorganizmów w białku; autor tłómaczy te sprzeczne wyniki okolicznością, że tamci brali do swych doświadczeń znaczne ilości hodowli. Działanie przeciwgnilne białka istnieje tylko dopóty, dopóki ono jest świeże; gotowane białko stanowi grunt dla hodowli korzystny.

Z wyników opisanych wysnuwa Wurtz następujące wnioski: jaja ptaków uchronione są od działania bakteryi w jajowodach i kloace przez swą osłonkę białkową. Wielka liczba gadów i płazów i wszystkie ryby składają jaja do wody, która zawiera mikroby, lecz działanie tychże wstrzymuje również osłonka z białka. (*Le Progrès médical*, 1890, Nr. 3).

Dr. Beck.

Farmakologija.

Dr. E. Pins (Wiedeń): **Lecznicza wartość borowiny mineralnéj i jéj surogatów (sól i ług borowinowy Mattoniego).**

Zgodzić się trzeba z autorem, iż utrzymywanie czystości ciała za pomocą kąpieli odłogiem jeszcze w Europie leży. Pokoik kąpielowy powinien być integralną częścią każdego nawet skromnego mieszkania, a kąpiel codzienna całego ciała, tak jak mycie rąk lub twarzy w użycie wejść winna — rzecz, którą sobie dziś tylko bogacz pozwolić może. Inaczéj w Ameryce. Tam nawet każdy pokój hotelowy ma swą łazienkę. Nie idzie tu tylko o samą czystość, wiemy bowiem jak zwykła neutralna kąpiel działa zbawiennie na przewiew skóry, na przemianę pierwiastków i na uspokojenie nerwów. Jeżeli już kąpiel zwykła nie jest obojętną dla organizmu, cóż dopiero mineralna! mimo, iż Bunge woła, że żelazo nietylko przez skórę, ale nawet traktem pokarmowym „na szczęście pacyjentów do obiegu krwi się niedostaje, boby zatrucie wywołało“, autor stanowczo twierdzi, że żelazo i inne składniki kąpieli mineralnych nietylko działają odruchowo przez skórę, ale do organizmu się jako takie dostają, czego n. p. dowodem ciemne obwódki na granicy zębów i dziąseł u dziewcząt przechodzących kuracyję w kąpielach żelazistych.

Borowina francensbadzka, z któréj Mattoni sól i ług wyrabia, zawiera w sobie prócz innych soli żelazowych przeważnie siarkan żelaza, daléj sole arsenowe, a z połączeń organicznych kwas mrówkowy i bursztynowy. Istnienie arsenu nadaje téj borowinie znaczną wartość leczniczą. Do jednéj kąpieli w pełnéj wannie dodaje się 1 kilo soli lub ługu borowinowego Mattoniego, a kąpiel taka pod względem składników niczem od naturalnéj się nie różni. Różnica polega tylko na braku ziemi czarnéj (*humus*), dlatego ciśnienie na skórę jest mniejsze, ale i temu zapobiedz można użyciem dużych wanien, większa bowiem ilość wody większe ciśnienie na powierzchnię ciała wywierać będzie

Autor z własnego doświadczenia zaleca sztuczne kąpiele borowinowe w następujących chorobach:

1) U dzieci w zołzach i krzywicy.

2) W bezkrwistości po wyniszczających chorobach.

3) W nerwobólach lub bólach mięśniowych.

4) W błednicy i zaburzeniach miesiączkowych u młodych dziewcząt.

5) W wypocinach przewlekłych w miednicy małéj u kobiet. Szczególniéj jako leczenie pomocnicze w męsieniu Thure-Brandta.

6) Impotentia *coëundi et generandi* z przyczyny osłabienia *mm. bulbo- et ischiocavernosi.*

7) Stwardnienia pozapalne jąder i gruczołu krokowego. Szczególniéj 8) w nasieniotoku i 9) osłabieniu nerwowém (*neurasthenia*) widział autor zadziwiające polepszenia.

Borowina więc niepośledmie zajmuje miejsce w szeregu środków leczniczych obecnie używanych, a przetwory Mattoniego umożebniają stosowanie ich u ludzi niezamożnych, którzy odpowiedniego leczenia nie mogą połączyć z przyjemnem *dolce far niente* miejscowości kąpielowych. (*Wr. med. Wschft.* 1890, Nr. 7 i 8).

Dr. Mendelsburg.

* Pignol opisał na posiedzeniu *Société de biologie* w dniu 4/1 1890 trzy przypadki zapalenia płuc, leczonych za pomocą wstrzykiwań naftolu do tchawicy. Używa się w tym celu cieńkiéj igły strzykawki Pravaza, którą wbija się przez skórę do światła tchawicy. Przez tę igłę wstrzykuje się następnie kroplę po kropli rozczynu naftolu 0·2:1000 w ilości 200 do 350 sz. cm. Operacyja cała trwa pół godziny i może być powtórzoną. Opisany sposób leczenia sprowadzał polepszenie, a chorzy znosili go bardzo dobrze; w jednym przypadku obniżył gorączkę i sprowadził ciepłotę do normy. (*Le Progrès médical*, 1890, Nr. 2).

Patologija.

Roger i Charin (Paryż): **Wpływ przeciążenia pracą na skłonność do chorób zakaźnych.**

Celem wykazania tego wpływu posługiwali się autorowie aparatem sporządzonym na wzór klatki dla wiewiórek, w któréj zwierzęta zmuszone są do ciągłego biegania. Królików i świnek morskich do doświadczeń tych używać nie można, gdyż one giną w takiéj klatce wśród objawów silnego zawrotu Natomiast szczury białe są wytrzymałe. Doświadczenia urządzali R. i C. w ten sposób: 20 szczurom wstrzyknęli rozcieńczoną hodowlę wąglika w takiéj ilości, która tych zwierząt zazwyczaj nie zabija. Dziesięć szczurów zatrzymano dla porównywania, drugą zaś połowę umieszczono na kilka godzin w opisanym aparacie. Wszystkie zwierzęta, u których wywołano znużenie mięśniowe, poginęły. Przeciążenie pracą fizyczną zmniejsza odporność przeciw chorobom zakaźnym. (*Le Progrès médical*, 1890, Nr. 4).

Dr. Beck.

Oskar Fraentzel (Berlin): **O samoistnych powiększeniach serca.**

W przypadkach powiększenia serca należy według autora klinicznie ściśle odróżnić przerost od rozszerzenia. Chociaż oba stany często równocześnie występują, objawy ich często się łączą, rozróżnienie często sprawia trudności, to przecież posiada ono bardzo wielkie znaczenie kliniczne, gdyż przerost przedstawia rękojmię życia, rozstrzeń niebezpieczeństwo śmierci dla chorych. F. dzieli idyjopatyczne, od wad zastawkowych niezawisłe, powiększenie serca według fizycznych i anatomicznych warunków, wśród których powstaje: 1) w następstwie nieprawidłowych oporów w układzie tętniczym; 2) pierwotnych chorób mięśnia sercowego i 3) chorób narządu nerwowego serca. W 1-éj grupie może się rozchodzić tylko o nieprawidłowe opory w układzie tętnicy płucnéj lub głównéj lub obu. Przewlekłe choroby płuc

(rozedma, zrost blaszek opłucny, marskość i t. d.) prowadzą do powiększenia prawéj komory, a nawet do względnéj niedomykalności zastawki trójdzielnéj. Powiększenie lewego serca, wywołane przez powiększone parcie w układzie tętnicy głównéj, napotyka się najczęściéj w przewlekłéj chorobie Brighta. Może ono wytworzyć się także w zapaleniu miedniczek nerkowych i nerek, daléj jako następstwo trwale podwyższonego parcia wskutek nadmiernego używania pokarmów i napojów przy ograniczonéj czynności mięśni z jednéj lub też w następstwie długo trwającéj natężonéj czynności z drugiéj strony. Jako nadmierne natężenie serca opisuje T. czwarty rodzaj powiększenia serca, które powstaje wskutek jednorazowego (postać ostra) lub kilkorazowego (postać przewlekła) silnego rozdęcia komórki podczas nadmiernych wysileń cielesnych. Daléj opisuje rozszerzenie u ludzi z wrodzoną wąskością układu tętnicy głównéj i wskutek trudów wojennych. Omawiając powiększenie serca drugiéj grupy (choroby mięśnia sercowego) nie przypuszcza F. pojęcia obrazu chorobowego „serce tłuszczowe“, tj. otoczenia, względnie przerośnięcia tłuszczem i zwyrodnienia tłuszczowego włókien mięsnych. Następnie zastanawia się nad rozszerzeniem serca podczas i po ostrym gośccu stawowym, w błonicy i innych chorobach zakaźnych, jakoteż wskutek długiego leżenia w łóżku i nadmiernych wybryków *in Baccho et Venere.* Do tych dołącza anatomicznie wykazalne zmiany, jak zrośnięcie osierdzia z opłucną, zapalenie mięśnia sercowego, stwardnienie tętnic wieńcowych itp. W 3 ciéj grupie (powiększenie wskutek chorób aparatu nerwowego serca) omawia chorobę Basedowa, zmiany po nadużywaniu tytoniu i wyskoku, jakoteż po wpływach umysłowych. (*Münch. med. Woch.*, 1889, Nr. 41).

Sprawozdanie komitetu towarzystwa lekarskiego w Londynie o obrzęku śluzowym.

Na podstawie uzyskanych szczegółów dochodzi komitet do następujących wniosków: 1) obrzęk śluzakowy jest chorobą dobrze nacechowaną; 2) ulega jéj więcéj kobiet, niż mężczyzn; chorzy znajdują się najczęściéj w średnim wieku; 3) spostrzeżenia kliniczne i patologiczne z pewnością stwierdzają, że objawem, wspólnym wszystkim przypadkom, jest destruktywna zmiana gruczołu tarczykowego; 4) ta zmiana polega na nowowytwarzaniu się delikatnéj włóknistéj tkanki w miejscu właściwéj tkaniny gruczołowéj; 5) często przydarza się powiększenie tkanki łącznéj śródmiąższowéj w skórze, mniéj często w trzewach; 6) podczas gdy zmiany w skórze, wypadanie włosów i zębów, powiększenie ciężaru ciała, wytłomaczyć można z zmienionych stosunków anatomicznych, to ostatnie nie wyjaśniają zboczeń w mowie, w ruchach, w czuciu, w świadomości i inteligencyi, zajmujących szerokie pole wśród objawów téj choroby; 7) powiększenia ilości mucyny w tkankach nie można było wykazać we wszystkich przypadkach; w części może to na tem polegać, że ilość mucyny w przebiegu choroby ulega znacznym wahaniom, a często krótko przed śmiercią znika; 8) wyłuszczenie gruczołu tarczykowego u zwierząt, szczególnie u małp, sprowadza u nich obrzęk śluzakowy; sąsiednich nerwów ani tchawicy nie zraniono podczas doświadczeń, przeciwgnilnie przeprowadzonych; 9) u zwierząt tych wykazano znaczną ilość mucyny we krwi i w rozmaitych tkankach; 10) *cachexia strumipriva* równa się w swych objawach zupełnie obrzękowi śluzakowemu; 11) gdzie wyłuszczenie gruczołu przebiegało bez tego rodzaju objawów, istniał prawdopodobnie gruczoł dodatkowy lub wyłuszczenie było niezupełne lub spostrzeganie chorych nie było dostatecznie długiem; 12) inne przyczyny, podane celem wytłomaczenia powstania obrzęku śluzakowego po wycięciu gruczołu tarczykowego, jakoto: zranienie sąsiednich narządów lub wpływy endemiczne, można jako bezpodstawne odrzucić przez dokładny rozbiór znanych przypadków; 13) za tem przemawia i to, że *cachexia strumipriva* występuje równocześnie u mężczyzn i kobiet, podczas gdy *myxoedema* wyszczególnia kobiety; 14) obrzęk śluzakowy u dorosłych przebiega wśród tych samych objawów, co sporadyczne matołectwo u dzieci. Obrzęk śluzakowy jest prawdopodobnie identyczny z *cachexia strumipriva* i stoi w bardzo bliskiem pokrewieństwie z endemicznem matołectwem. (*Berl. kl. Woch.*, 1889, Nr. 42).

Medycyna wewnętrzna.

Nothnagel (Wiedeń): **O patologii i leczeniu marskości wątroby.**

Przed 70-ciu laty opisał Laënnec chorobę cechującą się żółtem zabarwieniem, bujaniem tkanki łącznéj i zanikiem wątroby, którą nazywał marskością wątroby. Od niedawna dopiero znamy chorobę odznaczającą się bujaniem tkanki łącznéj i przerostem wątroby, którą nazwano marskością wątr. przerostową lub też żółtaczkową (*Cirrhosis biliaris).* Jestto choroba z wybitnie przewlekłym przebiegiem. Wątroba przybiera wymiary bardzo wielkie i staje się twardszą. Powierzchnia zaś jéj pozostaje zupełnie gładką. Śledziona również jest zwiększona, twardsza, o powierzchni gładkiéj, kształt jednak zachowuje pierwotny. Jako dalszy objaw cechujący wspomnieć należy o żółtaczce, która téj postaci marskości zawsze towarzyszy. Za to brakuje puchliny brzusznéj, jest to objaw ujemny tem ważniejszy, że w innych chorobach wątroby, a szczególnie w zanikowéj postaci marskości puchl. brzuszna należy do objawów cechujących. Inne objawy jak: wychudnienie, znużenie, zaparcie stolca, przemijające zboczenia wzroku nie mają znaczenia rozróżniającego, jak również te przypady, które żółtaczka za sobą pociąga, jak swędzenie, krwawienia z nosa, żółtowidzenie. Co do czynników przyczynowych już nie ulega żadnéj wątpliwości, że przewlekłe otrucie zaduchem bagiennym bardzo często tą chorobę wywoływa, którą przez to nazywano: *Cirrhosis hypertrophica hepatis e malaria.* Nadużywanie napojów wyskokowych, które po największéj części wywoływa marskość zanikową, może w niektórych razach sprzyjać rozwojowi postaci przerostowéj téj choroby. Ciekawą i właściwą przyczynę stanowi zastój żółci. Stwierdzono klinicznie i wykazano doświadczalnie, że zastój żółciowy powstały z jakiegobądź powodu może doprowadzić do rozwoju przerostowéj marskości wątroby: *Cirrhosis hep. biliaris* w ścisłem tego słowa znaczeniu. Obok zanikowéj i przerostowéj marskości, chorób etyjologicznie i klinicznie zupełnie odmiennych, istnieją postacie przejściowe tak, że czasem trudno rozstrzygnąć, do któréj postaci ten lub ów przypadek należy. Rokowanie jest niedobre. Są jednak znane przypadki téj choroby, w których nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Co do leczenia, to można osiągnąć zadziwiająco dobre skutki za pomocą kalomelu. Przepisujemy środek ten w dawce 0·05, 3—4 razy dziennie przez 3 dni, a po 2—3 dniowéj przerwie znowu przez kilka dni, ale już w większych dawkach. Leczenie przez Semmolę polecane i polegające na odżywianiu chorego przez tygodnie i miesiące wyłącznie mlekiem daje również bardzo dobre wyniki. Obok tego poleca się jodek potasowy albo sodowy w coraz większéj dawce. (*Internat. klin. Rundschau*, 1889, Nr. 49, 50). *Dr. Spira.*

Edward Krull: **Najnowsze spostrzeżenia i doświadczenia nad leczeniem suchot płucnych za pomocą wdychiwania wilgotnego, ciepłego powietrza.**

K. przypuszcza, że płuco, które uległo gruźlicy, już pierwéj w swéj konstytucyi było osłabione, gdyż inaczéj nie możnaby wytłomaczyć, dlaczego tak wiele ludzi, stykających się przez wiele lat codziennie w najnieostrożniejszy sposób z suchotnikami, przecież nie ulega gruźlicy, a z tego czyni wniosek, że wyleczenie płuca z gruźlicy osiągnąć można tylko przez usunięcie jego ustrojowego osłabienia. To ostatnie uważa K. za możebne tylko przez powiększenie zawartości krwi w płucu, a w tym celu używa wziewania ciepłego powietrza, nasyconego wilgocią. Prof. Heller w rozprawie o ochronie przed gruźlicą twierdzi, że tylko płuco w krew bogate może stawić skuteczny opór wtargnięciu prątków gruźliczych. Bardzo wiele trudności nastręczyło K. jego postępowanie przy określaniu granic téj metody, gdyż wszystko od tego zależy, aby o ile możności jak najwięcéj krwi do płuca doprowadzić bez drażnienia chorych części płuc. Z początku sądził, że uczynił zadość obu tym wymaganiom, gdy ciepłotę powietrza wziewanego oznaczył na 45°C., a trwanie posiedzenia na 30—40 minut, powoli obniżył ciepłotę do 36 lub 37°C., a posiedzenie do 15—20 minut. Od powietrza, nasyconego wilgocią, którego ciepłota odpowiadała prawidłowéj ciepłocie ciała, mógł się spodziewać, że nawet bardzo czułych chorych części płuc nie będzie drażniło, zachodziło tylko pytanie, czy takie powietrze sprowadzi też powiększony dowóz krwi do płuca. Wszędzie w płucu, także w pęcherzykach, chociaż nie w tym stopniu, jak w oskrzelach, jest powietrze zwyczajnie chłodniejsze niż krew. Przez to drażnienie zimna zostaje cała

sieć naczyniowa ścian pęcherzyków i oskrzeli do pewnego stopnia zwężoną. To zwężenie więc usuwa dostanie się wilgotnego powietrza o 36—37°C. K. przytacza historyje choroby pięciu suchotników i wyniki osiągnięte przez wdychanie wilgotno-ciepłego powietrza o 36—37°C. przez przeciąg dwóch miesięcy; innych leków nie stosował, także sposób życia i odżywianie się nie uległo zmianie. Z opisów tych widać, że zmiany przedmiotowe płuc po części ustąpiły, prątków, pierwéj licznych, obecnie w preparatach nie ma, objawy podmiotowe znacznie się poprawiły, ciężar ciała o wiele się podniósł. *(B. k. W*, 1889, Nr. 41). *Dr. Bf.*

Choroby dzieci.

Loos (Graz): **O zapaleniu nerek pierwotnem u dzieci.**

Autor przytacza siedm przypadków chorych na zapalenie nerek, u których ani badanie przedmiotowe ani wywiady nie mogły wykazać żadnéj choroby zakaźnéj, któraby dawała podstawę dla powstania zapalenia nerek. Co do etyjologii tych przypadków wspomina, że w jednym była świerzbiączka, wyleczona jednak na rok przed wystąpieniem zapalenia nerek, trzy razy można było stwierdzić przebyty wyprysk zwykły, w jednym przypadku rodzice odnosili zapalenie nerek do zaziębienia, w jednym wreszcie wywiady dały wynik ujemny. Co do przebiegu, jest L. zdania, że nie ma się tu do czynienia ze sprawą jednolitą, trzy przypadki zakończyły się śmiercią, badanie pośmiertne wykazało obok zapalenia nerek rozlanego ostrego we wszystkich trzech przypadkach powikłania ze strony błon surowiczych, jakoto: zapalenie opon, opłucny lub otrzewny. Te przypadki stawia autor w jednym rzędzie. Powikłania zaś takie są w ostrem zapaleniu nerek dość częstemi. Pozostałe 4 przypadki przebiegały pomyślnie z mniéj lub więcéj długim okresem trwania (10 do 33 dni). Zachowanie się moczu było takie, jakie bywa w ostrem zapaleniu nerek: ilość moczu zmniejszona, białko (często w wielkiéj ilości do 2·20%) krew (nie we wszystkich przypadkach) w osadzie składniki w zapaleniu nerek ostrem występujące. Poszukiwanie mikroorganizmów nie dało jednolitego obrazu, w dwóch przypadkach było zupełnie ujemne. Gorączka bez toru lub jéj brak, puchlinę w każdym przypadku stwierdzono, w różnym jednak stopniu. Leczenie stosował autor obojętne, unikając tylko bodźców szkodliwych. W końcu czyni L. wniosek, że samoistne, pierwotne zapalenie nerek u dzieci istnieje, że powodem tegoż są najprawdopodobniéj mikroorganizmy a może i toksyny. *(Jahrb. f. Kinderheilk.*, XXX., 4). *Dr. Kaden.*

Henoch (Berlin): **Uwagi nad błonicą**

H. zastanawia się nad 192 przypadkami błonicy, spostrzeganemi w ostatnim czasie w Charité, wszystkie przypadki błonicy właściwéj. Wykluczone są wszelkie przypadki błonicy płonicowéj i przypadki wątpliwe. Bakteryjologija nie wiele tu rozstrzygnie, gdyż przypuszczenie, że mikroby Klebsa-Löfflera rzeczywiście błonicę sprowadzają, nie jest pewnem. Pod względem anatomicznym są powyższe choroby bardzo podobne do siebie. Do rozpoznania prawdziwéj błonicy rozstrzygającemi są następujące objawy: obustronność choroby, zajęcie kątów łuków podniebiennych i języczka, białkomocz, zajęcie nosa, zaraźliwość, podczas gdy obrzmienie gruczołów podszczękowych ani gorączka wcale nie rozstrzygają. Między 192 przypadkami było 1 0 razy tylko gardło zajęte, a 82 razy przeszła choroba w krup. Z pierwszych umarło tylko 32. z ostatnich nie operowano 12 tu dzieci z powodu rozmaitych przeciwwskazań i wszystkie pomarły. Z 70 ciu z tracheotomiją umarło 61 (wyzdrowienie 13%). Jeżeli do tego damy 341 pierwéj wykonanych tracheotomij, otrzymamy 15% wyleczenia. Przyczyny téj wielkiéj śmiertelności: rozszerzenie się choroby najczęściéj do głębszych oskrzeli, wielka część dzieci dotknięta była gruźlicą, krzywicą, wyniszczeniem i t. d., odróżnienie błonicy od idyjopatycznego dławca było ścisłe. Z poszczególnych objawów należy wspomnieć o gorączce, któréj właśnie w ciężkich przypadkach może niedostawać, za to w pomyślnych może być bardzo wysoką. Także inne ciężkie choroby zakaźne przebiegają, zwłaszcza u małych dzieci, bez gorączki (zapalenie włóknikowe płuc, zapalenie opon). Obrzmienie gruczołów podszczękowych nie zawsze bywa, ropienie jest rzadkie. Rozszerzenie się pokładu błonicowego jest dla rokowania rozstrzygającem. Zajęcie podniebienia twardego, języka, policzków jest niepomyślnem, tak samo rozpoczęcie się choroby na wargach ust, częściach rodnych, około otworu stolcowego. Zajęcie nosa jest znakiem groźnym, ale nie bezwarunkowo złym; było ono tylko wyjątkowo jednostronnem. Tylko w 2 ch na 110 przypadków wystąpił białkomocz późno, 24 go względnie 15-go dnia po oddzieleniu się błon. Obrzęki są tu o wiele rzadsze, niż w zapaleniu nerek płonicowem. Mocznicy nigdy nie spostrzegał. Tylko raz obrzmienie stawów kolanowych bez gorączki. Objawy krupowe znikały często także bez operacyi. Tylko raz wystąpiły porażenia mięśni ocznych i bezgłos. Polecone także w nowszych czasach środki okazały się w cięższych przypadkach bezwarunkowo nieskutecznemi. Kreozot, ol. terpentynowy, arszenik, miejscowe zastosowanie kwaśn rozcz. sublimatu, jodtribromid, ol. miętowy, kwas octowy nie wywierały w ciężkich przypadkach lepszego skutku, niż zwykłe sposoby leczenia. Kwas octowy (ocet do płukania, u małych dzieci jako spray) działał przeciwgnilnie. *(B. k. W.*, 1889, Nr. 43).

Chirurgija.

E. Herczel (Heidelberg): **O operacyjach na nerkach.**

Od r. 1878 wykonał Czerny 33 razy nefrektomiję, 7 razy nefrotomiję, 3 razy nefrolitotomiję, 2 razy pyelolitotomiję, 3 razy nefrorafiję, 8 razy punkcyję z powodu puchliny nerkowéj. 2 razy wyłuszczenie *myxolipoma* z torebki tłuszczowéj nerek.

Nefrektomije (wiek 11 miesięcy do 50 lat). 47% przetrzymało trwale zabieg. Wskazania: a) puchlina nerkowa 4 razy; 4 przypadki śmierci (mocznica z powodu braku drugiéj nerki, zapalenie otrzewnéj, gnilny zakrzep żyły nerkowéj); b) przetoki moczowodowo-pochwowe, wyleczenie niemożności zatrzymania moczu; c) nowotwory złośliwe: 1 gruczolak, 2 raki, 6 mięsaków, 3 mięsakonaczyniaki. Z tego wyzdrowiało trzech chorych (25%). z których jednak dwóch późniéj umarło wskutek przerzutów i miejscowego nawrotu, ostatni przypadek pomimo następowego zupełnego wycięcia torebki tłuszczowéj. Przyczyną śmierci pierwszych 9 przypadków było: 5 razy zapad, 2 razy zapalenie otrzewnéj, raz obrzęk płuc i raz tężec. d) Ropnie nerkowe (pyonefroza, gruźlica). Tu jest choroba nerek zwykle pierwotną, ropień okołonerkowy następowy, dlatego posiada nefrektomija bardzo dobre widoki. Z 11-tu przypadków wyzdrowiało 9, jeden umarł wskutek gnilnego zakażenia krwi, a drugi zginął 8 dni po zabiegu z powodu wrodzonego braku drugiéj nerki. Z powodu zapalenia miedniczek z kamykami wykonano nefrektomiję 5 razy, 2 wyleczone, 3 umarły. Nefrotomiję z powodu pyonefrozy wykonano 7 razy, dwóch operowanych umarło, u 4-ch późniéj wykonano nefrektomiję, jeden z trwałem polepszeniem. H. uważa więc nefrotomiję w pyonefrozie tylko wskazaną jako rękoczyn przedwstępny wyłuszczenia u bardzo osłabionych chorych lub gdzie istnieje uzasadnione podejrzenie zachorowania drugiéj nerki. Nefrolitotomiję wykonano 3 razy, wszystkie 3, kobiety, umarły, gdyż obie nerki były zajęte. Pyelotomiję 4 razy z powodu podejrzenia obecności kamienia miedniczki. Tylko w dwu przypadkach znaleziono kamienie w miedniczce, którą późniéj zaszyto; 2 razy nie znaleziono żadnych kamyków mimo typowych napadów kolki. Wyłuszczenie torebki tłuszczowéj nerek z powodu ogromnych tłuszczaków śluzowych za pomocą środkowego cięcia brzusznego. Wyleczenie; nerek nie zraniono. Co do techniki nefrektomii to cięcie lędźwiowe okazało się bezwarunkowo mniéj niebezpiecznem, niż cięcie brzuszne. Do podwiązania szypułki używa ligatury elastycznéj, a po za nią z silnego jedwabiu. Do leczenia następowego używa C. z dobrym wynikiem tamponady jamy rannéj knotami jodoformowemi. Dla poznania czynności drugiéj nerki uważa H. tymczasowe założenie przetoki miedniczkowo-brzusznéj za jedynie pewny sposób. (*B. k. W.* 1889, Nr. 43).

Boenecken (Rostok): **O wynikach wyłuszczania żylaków odnóg dolnych.**

W klinice chirurgicznéj Madelunga leczono w przeciągu 7-iu lat 22 przypadków żylaków przez wyłuszczenie; operowano tylko przypadki najcięższe, sprawiające bardzo znaczne dolegliwości. Istnienie wrzodów nie stanowiło przeciwwska-

zania do tego zabiegu, lecz usuwa się je albo tylko przez opatrywanie gazą jodoformową, lub przez wyskrobywanie ostrą łyżeczką, lub wreszcie według Nussbauma przez okrojenie. Po uśpieniu chorego spuszcza się odnogę obok stołu, aby żyły podskórne się wypełniły, zakłada się wąż elastyczny tak, aby dopływ krwi przez tętnice nie uległ przerwaniu, wtedy żyły dobrze wypełnione dokładnie się uwidoczniają. Teraz długiem cięciem podłużnem odsłania się rozszerzone sploty żylne i drogą tępą po podwiązaniu najwięcéj dośrodkowo położonéj części wyłuszcza się rozszerzone żyły. Po skończonem wyłuszczeniu i odjęciu węża podwiązuje się otwarte końce żył. Operacyja przebiega z bardzo małą utratą krwi, a krwotokom następowym należy zapobiedz opatrunkiem mocno uciskającym i 24-godzinnem pionowem zawieszaniem kończyny. Powstałe liczne kieszenie skórne drenuje się przez założenie małych otworów lub rurek gumowych; szwem ciągłym zespajamy szybko wielką ranę skośną. Do opatrunku używają w Rostoku gazy jodoformowéj i poduszek z mchu; unieruchomienie stawów. Na zasadzie tych doświadczeń dochodzi B. do tego wniosku, że przez dobrze przeprowadzone wyłuszczenie żył usuwamy regularnie i trwale dolegliwości chorych (uczucie zmęczenia, ból, kurcz w łydkach), jako też zmiany skóry (wypryski, wrzody). Jako przykład przytacza B. 14 przypadków skutecznie w ten sposób leczonych żylaków. Okoliczność, że doszczętne wyłuszczenie żył sprowadzić może trwałe wyleczenie, może przyczynić się do zrozumienia właściwéj przyczyny wytwarzania się żylaków. Gdyby choroba ta rzeczywiście była w pierwszéj linii następstwem mechanicznego utrudnienia w wypróżnianiu się żył, w takim razie wyłuszczanie części żył skórnych odnogi mogłoby tylko sprowadzić wyleczenie przemijające, a ponowne podjęcie robót, w przebiegu których pierwéj nabyto żylaki, musiałoby bezwarunkowo prowadzić po pewnym czasie do rozszerzenia pozostałych żył skórnych. Pierwotna przyczyna właśnie najgorszych postaci wytwarzania się żylaków leży bez wątpienia we wrodzonych lub nabytych zmianach budowy samej ściany żylnéj i jéj otoczenia. Występujące przeszkody w krążeniu krwi (zatrudnienia zawodowe) działają tylko sprzyjająco. (*Brl. kl. W.* 1889, Nr. 38).

Okulistyka.

E. Fuchs (Wiedeń): **Keratitis punctata superficialis.**

Ponieważ kilku oftalmologów wiedeńskich, jak Reuss (spraw. P. L. r. z. str. 604), Stellwag, Adler ogłosili swoje spostrzeżenia o téj nowéj chorobie ocznéj, dla tego podaje prof. F. swoje zapatrywanie o niéj. Postać powierzchownego zapalenia rogówki zbliżona do *Herpes febrilis corneae*, lecz nie łącząca się z wytwarzaniem pęcherzyków, jest następująca: choroba zaczyna się wśród objawów ostrego zapalenia spojówki. Ma ona pewne podobieństwo do ostrego nieżytu, różni się jednak od niego tem, że nastrzykanie rzęskowe uderzająco silnie uwydatnia się wobec nieznacznego nastrzykania spojówkowego; również wydzielina nie jest śluzową ani ropną, lecz istnieje tylko obfite łzawienie. Obok niego istnieje światłowstręt i bóle. Już to zaraz, już też dopiero po kilku dniach lub tygodniach spostrzega się zmiany w rogówce. Polegają one na obecności małych szarych plamek, ułożonych jak w *Herpes febrilis* w grupach albo w rzędach. Liczba ich wynosi albo tylko 10—20, lub też jest bardzo znaczną, do 100. Są one nieregularnie nad rogówką rozłożone, albo też głównie w środkowéj jéj części skupione; w każdym jednak przypadku są części przybrzeżne rogówki najmniéj przez plamy zajęte. Za pomocą łupy oglądane przedstawiają się plamy dosyć ostro odgraniczone i z bardzo drobnych punktów złożone; podobne punkta, tylko mniéj gęsto ułożone zajmują także resztę rogówki. Plamki ułożone są w powierzchownych warstwach rogówki, wyglądającéj ćmawo, ponieważ przybłonek nad plamkami jest pagórkowato wzdęty. Objawy zadrażnienia mijają prędko, plamki jednak jakoteż wejrzenie kłute powierzchni rogówki pozostają zwykle przez całe miesiące niezmienione. Bystrość wzroku nie doznaje upośledzenia, jeżeli plamki nie są bardzo liczne. Ta postać chorobowa, powierzchowne punktowate zapalenie rogówki, występuje najczęściéj u osób młodych. W $^1/_4$—$^1/_3$ części spostrzeganych przypadków zajęte były oba oczy równocześnie i najczęściéj w równym stopniu. Pod względem etyjologii mógł F. tylko tyle wykazać, że początek choroby często schodził się z nieżytem nosa lub kaszlem, często także z gorączką nieżytową. Początek choroby, występowanie jéj równocześnie z nieżytem dróg oddechowych, jakoteż uporządkowanie i powierzchowne usadowienie ognisk zbliża tę chorobę do *Herpes corneae*, a różni się od niéj brakiem pęcherzyków na twarzy, występowaniem często obustronnem, krótszem trwaniem objawów zapalnych i często wielką liczbą plamek. Szczególnie ważnem jest, że w niéj nigdy nie ma pęcherzyków na rogówce, nigdy utraty przybłonka lub nawet wrzodu, nigdy hypopyon lub zapalenia tęczówki. (*Wien. kl. Woch.*, 1889, Nr. 44).

Położnictwo.

Dührssen: **O znaczeniu głębokich nacięć szyjki i międzykrocza w położnictwie.**

Skutsch pierwszy podał głębokie nacięcia szyjki w tych nierzadkich przypadkach, w których podczas porodu przy ujściu macicznem niedostatecznie otwartem występuje niebezpieczeństwo, zagrażające matce lub dziecku, wymagające szybkiego ukończenia porodu. Mimo zdań przeciwnych użył D. tego postępowania w 10 ciu przypadkach, z których tylko jeden odnosi się do wieloródki z wąską miednicą, podczas gdy pozostałe 9 są to pierwiastki; 8 razy wydobyto po wykonaniu nacięć łatwo za pomocą kleszczy żywe płody, a tylko raz przyszło dziecko nieżywe na świat; rozchodziło się tu o położenie pośladkowe. Matki wszystkie pozostały przy życiu, chociaż już trzy z nich dotknięte były zakażeniem gnilnem. Zarzuty podniesione przeciw temu postępowaniu uważa D. za bezpodstawne. Głębsze rozdzieranie się z następowym krwotokiem mogłoby nastąpić tylko przy powierzchownych nacięciach, tylko niedostatecznie rozszerzających ujście maciczne. Jeżeli się jednak nacięcia tak wykonywa, że one sięgają aż do przyczepienia się pochwy, wtedy nigdy nie spostrzega się dalszego naddarcia i odpowiednio do tego jest też krwotok tak nieznaczny, że nie wymaga żadnego dalszego wkraczania. Niebezpieczeństwa zakażenia gnilnego można uniknąć przez przeciwgnilne przeprowadzenie porodu, tak samo nie przydarzyły się następowe zakażenia z macicy. D. uważa to postępowanie za wskazane: 1) u starych pierwiastek, u których niepodatność dróg porodowych miękkich stanowi przeszkodę porodową; 2) w przypadkach rzucawki, w których część nadpochwowa szyjki już zanikła, a za pomocą nacięć można poród w sposób bezpieczny ukończyć; 3) w miednicy płaskiéj, aby nie minęła korzystna chwila do zapobiegawczego obrotu. W danym razie możnaby użyć tego postępowania w razie wypadnięcia pępowiny i łożyska poprzedzającego u pierwiastek, aby po niem natychmiast wykonać wydobycie płodu. Tylko wyjątkowo będzie to wskazanem także u wieloródek, jeżeli część pochwowa stała się sztywną i niepodatną. Technika jest całkiem prostą. D. nacina bez pomocy wziernika, pod kierownictwem dwóch palców, ustalając brzeg ujścia macicznego między palcami i nacinając nożyczkami Siebolda. W kilku przypadkach nacinał między dwoma kleszczykami, co się nadzwyczaj poleca. W dołączeniu do tych nacięć szyjki nacinał D., gdy rozchodziło się o przezwyciężenie oporów ze strony pochwy i międzykrocza, z dobrym wynikiem dolną trzecią część pochwy. (*W. m. W.*, 1889, Nr. 44).

Choroby skórne i weneryczne.

G. Mandry (Kolonia): **O leczeniu kiły wstrzykiwaniami oleju szarego.**

W oddziele kiłowym szpitala główny zastęp chorych, bo 4/5, stanowią kobiety, z których prawie wszystkie pozostawają pod dozorem policyjnym. Tygodniowe badanie nierządnic powierzono dwom, do szpitala nienależącym lekarzom, którzy po stwierdzeniu choroby badane natychmiast odsyłają do szpitala; po jego opuszczeniu rozpoczyna się znowu kontrola lekarska. To postępowanie umożliwia nietylko bezstronne ocenianie osiągniętych wyników leczniczych, lecz także przez wiele lat trwające spostrzeganie jednego przypadku, które wśród innych stosunków byłoby niemożebnem. M. podaje wyniki osiągnięte przez wstrzykiwanie *ol. ciner.* w kile, którego używano według przepisu Langa: *Hydrar-*

gyri, Lanolini aa 3·0, adde ol. oliv. 4·0; do wstrzykiwania używano strzykawki przyrządzonéj przez Reinera, pół grama zawierającéj; wstrzykiwano w pośladki po oczyszczeniu mydlem, szczotką i sublimatem 1‰; po wyciągnięciu igły pokryto otwór wkłucia za pomocą jodoform-kolodium, mięsiono kilka sekund. Aby uniknąć niebezpieczeństwa bezpośredniego wstrzykiwania do żyły, odejmował strzykawkę od igły, a wstrzykiwał, gdy przez igłę nie wypływała krew. Wstrzykiwania były bardzo mało bolesne. Co 8 dni wstrzykiwano *0·3 ol. ciner.* Gdy objawy zaczęły ustępować, a najpóźniéj po 5-ciu tygodniach, (więc 5 wstrzyknięć) zaprzestano wstrzykiwać, aby, gdy potrzeba było, po dłuższéj przerwie 6—8 tygod. na nowo zacząć. Opierając się na 107-miu chorych, podaje M. następujące wyniki: oléj szary jest środkiem przeciwkiłowym, który co do pewności działania nie stoi niżéj od żadnego z używanych leków, co do szybkości jednak działania przewyższa go nieco szara maść i kalomel. Sposób ten nie jest niebezpiecznym, dopóki dawka nie przekracza dozwolonych granic i dopóki chorzy, których uwagę zwrócono na niebezpieczeństwo zapalenia jamy ust, pamiętają o dokładnem jéj oczyszczaniu. Prawie bezwzględna niebolesność wstrzykiwań pozwala na leczenie ambulatoryjne chorych; sposób użycia: co 8 dni jedno wstrzyknięcie, jest nadzwyczaj wygodny; są to wszystko zalety, z powodu których środek ten słusznie zasługuje na polecenie dla lekarza praktycznego, w leczeniu szpitalnem zaś, gdzie nie brak fachowéj kontroli, zasługuje leczenie wcieraniami na pierwszeństwo. *(Deut. med. Woch.*, 1889, Nr. 35). *Dr. Baschkopf.*

Medycyna sądowa.

Daniłło: **Hypnotyzm i jego znaczenie lecznicze i sądowo-lekarskie.**

Aby wobec rozmaitych zdań o wartości hypnotyzmu pod względem leczniczym dojść do jakiegoś wniosku, D. robił doświadczenia na chorych nerwowych i umysłowych, posługując się tak snem hypnotycznym samym, jako też snem i sugestyją słowną, wykluczając wszelkie leki. Oba te sposoby okazały się całkiem bezskutecznemi wobec porażeń ruchowych, będących następstwem zmian organicznych w mózgu lub rdzeniu. Również leczenie okazało się bezskutecznem w przypadku drżączki *(paralysis agitans)*, u 3 epileptyków i 2-ch alkoholistów. Najlepiéj działa leczenie hypnotyzmem w rozmaitych postaciach histeryi, chociaż recydywy należą do prawidła. W chorobach umysłowych nigdy D. nie widział po stosowaniu hypnotyzmu nie tylko wyleczenia, ale nawet polepszenia, przeciwnie czasem mógł sprawdzić pogorszenie omamów słuchowych i czuciowych. Nie spodziewa się więc, aby leczenie to w chorobach nerwowych i umysłowych kiedyś mogło nabyć jakiegoś znaczenia.

Pod względem sądowo-lekarskim D zastanawia się naprzód nad pytaniem, czy uśpienie człowieka mimo jego woli i wiedzy jest możebnem. Autorowie dzielą się w téj mierze na dwa obozy; D. oświadcza się za możnością wywołania snu wbrew woli człowieka, albo przynajmniéj bez względu na jego życzenie, zwłaszcza u osób histerycznych płci obojéj. Inaczéj się ma rzecz z sugestyją. Jest ona nasamprzód tylko ludziom i to nie wszystkim właściwą; są ludzie popadający w stan hypnotyczny, a jednak niedostępni sugestyi; podlegają jéj łatwiéj osoby histeryczne, aniżeli osoby cierpiące inne nerwice. W stanie snu hypnotycznego ustaje oddziaływanie na podniety zewnętrzne, lub przynajmniej zmniejsza się w wysokim stopniu; z osobą uśpioną można więc przedsiębrać rozmaite czynności, podczas gdy ona do obrony nie jest zdolną; na osobie zatem uśpionéj mimo jej woli przedsiębrać można czynności bezprawe, a pod tym względem D. zgadza się z autorami francuskimi (Brouardel, Ladame, Gilles de la Tourette). Na pytanie, czy osoby zahypnotyzowane mogą wykonywać czynności poddawane im w stanie snu, D. na podstawie doświadczeń cudzych i własnych odpowiada, że pod wpływem sugestyi odporność człowieka z początku maleje, a następnie całkiem znikać może; osoba taka zatem w stanie czuwania może wykonać cały szereg czynności, a więc i takie, które mają znamię zbrodni świadoméj; jednak postępowanie nie jest wynikiem woli, ponieważ osoba ta znajduje się pod wpływem wyobrażenia przymusowego. Ponieważ jednak niektóre fakta za tem przemawiają, że i hypnotycy są w stanie walczenia z wyobrażeniami sobie narzuconemi, więc kwestyja ta wymaga jeszcze dokładnéj kontroli, a pytanie co do automatyzmu działania sugestywnego musi pozostać jeszcze otwartem.

Celem przesłuchania sądowego nie wolno posługiwać się sugestyją, bo jeżeli hypnotyk na pytanie zmuszony jest odpowiedzieć, nie można wiedzieć, czy podniety zewnętrzne przyjmuje poprawnie i jak na nie oddziaływa. Następnie uczy doświadczenie, że w stanie hypnozy złudzenia czuciowe odgrywają znaczną rolę, a wreszcie pozbawienie wolności działania nie pozostaje w zgodzie z ideą sprawiedliwości, a zeznanie nieświadome nie może uchodzić za poprawne. W ogóle nie jest zadaniem lekarzy wkraczać w zakres sędziego śledczego i wymuszać zeznanie sztuczkami. A jeżeli się rozchodzi o zbrodnię, w któréj udział hypnozy lub sugestyi się podejrzywa, należy uwzględnić, że w hypnotyzmie zdarzają się żywe złudzenia zmysłowe, pod wpływem których i po przebudzeniu czynności człowieka przez pewien czas pozostawać mogą. A ponieważ hypnotycy mimowolnie dopuszczać się mogą nieuzasadnionych obwinień, więc rzeczą w ogóle jest wskazaną, aby lekarz tylko w obecności osoby trzeciéj hypnotyzowanie stosował.

Znaną jest rzeczą, że nieostrożnie lub zbyt często wykonywane hypnotyzowanie może sprowadzić szereg ciężkich objawów nerwowych. Dlatego D. oświadcza się za zakazem publicznych przedstawień i reklam hypnotyzerów, ogłaszanych zwłaszcza w gazetach. Również nie jest wskazanem popularyzowanie wiadomości o hypnotyzmie, objawy bowiem hypnotyczne spostrzegane u człowieka po części są chorobowe, a po części sztucznie wywołane, a zatem poznawanie ich powinno pozostać wyłączną własnością lekarzy, (*W. med. Presse* 1890, Nr. 13 i 14). *L. B.*

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

L. 7.507. **Okólnik**

do wszystkich Panów c. k. Starostów.

Zarówno sprawozdania roczne z podróży peryjodycznych c. k. lekarzy powiatowych, jakoteż i sprawozdanie poglądowe za ubiegłe pięciolecie z małemi wyjątkami są tak ogólnikowo i niedbale sporządzone, że nie dają wcale żadnego wyobrażenia o stosunkach zdrowotnych w powiecie.

Ponieważ przypuszczać należy, że tylko nieznajomość tut. instrukcyi, wydanéj rozporządzeniem z dnia 13 czerwca 1880 l. 30577, jest powodem tak niedostatecznego opracowania sprawozdań z podróży peryjodycznych, przeto przesyła się Panu c. k. Staroście ponownie dwa egzemplarze téj instrukcyi z wezwaniem pozostawienia 1 egz. przy akcie, a udzielenia drugiego egzemplarza tamtejszemu c. k. lekarzowi powiatowemu do ścisłego przestrzegania.

Rozumie się, że podniesione w § 15 téj instrukcyi sprawy weterynarne mają być w sprawozdaniu lekarskiem tylko o tyle uwzględnione, o ile wpływają na stan zdrowia ludzi, n. p. niewłaściwie umieszczona rzeźnia, targowica, wykonywanie policyi targowéj i t. d.

Ponieważ z dniem 31 marca b. r. kończy się rok pierwszy drugiego pięciolecia (tut. rozp. z 15 lut. 1884, l. 82704), przeto Namiestnictwo oczekuje do końca kwietnia b. r. sprawozdań c. k. lekarza powiatowego o zwiedzonéj piątéj części powiatu, opracowanych według powyżéj udzielonéj instrukcyi, o ile te sprawozdania dotychczas nie zostały Namiestnictwu przedłożone.

Na rok zaś bieżący udzieli Pan Starosta polecenie c. k. lekarzowi powiatowemu co do drugiéj seryi gmin tamtejszego powiatu, a sprawozdanie z téj czynności należy do końca roku 1890 Namiestnictwu przedłożyć i na przyszłość też tego terminu przestrzegać.

Lwów, dnia 1 kwietnia 1890. *Badeni.*

Instrukcyja dla lekarzy rządowych, dotycząca podróży peryjodycznych i sprawozdań z tychże.

1) Celem podróży peryjodycznych jest przekonanie się, czyli bywają wykonywane czynności zdrowotne: a) wchodzące w zakres czynności zarządu państwowego (*Staatsverwaltung*);

b) jak też w samoistny i c) poruczony zakres działania gmin (§ 2, 3 i 4 ustawy z 30 kwietnia 1870).

2) Lekarz ma przeto w każdéj miejscowości, którą zwiedza, przekonać się, czyli wszyscy w téjże miejscowości osiedleni doktorowie, chirurdzy, weterynarze, akuszerki i cyrulicy zgłosili się w c. k. Starostwie i udowodnili uprawnienie do wykonywania swego zawodu i czy są umieszczeni w spisie Starostwa; daléj czy nie wykonywają tych czynności osoby do nich nie uprawnione.

3) Wykonać rewizyję wszystkich w miejscowości znajdujących się zakładów zdrowotnych wymienionych w § 2 lit. b) i podać w sprawozdaniu, czy takowe odpowiadają wymogom higijeny.

4) Zbadać fabryki, drobne zakłady przemysłowe i składy szmat w miejscowości się znajdujące co do ich urządzeń higijenicznych, n. p. czy są suche, dobrze wentylowane i t. d., co do stanu zdrowia robotników, ich wieku, co do urządzeń wspólnych sypialń i t. d.

5) Przekonać się z ksiąg oglądaczy zwłok i duszpasterzy, czy w miejscowości nie panowały choroby nagminne, o których przełożeni gmin Starostwu nie donosili w swych 14-dniowych sprawozdaniach (rozp. Namiest. z d. 28 stycznia 1878 l. 4688) i ma wymienić choroby en- i epidemicznie w ostatnim roku (względnie od czasu ostatniéj rewizyi) tamże się zdarzające.

6) Przedsięwziąść rewizyję sklepów i składów kupców trudniących się sprzedażą trucizn i ziół lekarskich (rozp. w c. k. Minist. spr. wewn. i handlu z 21 kwietnia 1876 roku Dz. u. p. Nr. 60) wód mineralnych (rozp. z 21 czerwca 1877 l. 30.521).

7) Przekonać się przez rewizyję dzieci szkolnych, czy i z jakim skutkiem były takowe szczepione, czy nie ma w szkole dzieci chorych na cierpienia zaraźliwe, jak zapalenie egipskie ócz, choroby zaraźliwe skóry i t. d., ma w końcu podać ogólny stan zdrowotny dzieci, czy okazują objawy zołzów i kiły?

8) Przekonać się przez oglądnięcie osób dorosłych lub dzieci wskazanych mu przez wójta, duszpasterza lub innych jako podejrzane o kiłę lub inne choroby zaraźliwe. Wogóle podać ogólny stan zdrowia mieszkańców, o ile lekarz miał sposobność o tem przekonać się tak w czasie rewizyi jak i przy innéj czynności urzędowéj.

9) Ma podać ilość aptek, nazwiska właścicieli i w razie wydzierżawienia dzierżawcy i czy jest dobrze urządzoną i odpowiednio prowadzoną. (Ponieważ o stanie aptek przedkładają lekarze osobne sprawozdanie wskutek corocznéj rewizyi, przeto ma sprawozdawca wypowiedzieć ogólnikowe tylko zdanie).

10) Przekonać się, czy oglądacze zwłok są obznajomieni z czynnością i takową dokładnie wykonywają oraz czy juksta są odpowiednio wypełnione (rozp. c. k. Nam. z d. 8 listopada 1879 l. 55.225 Dz. u. kr. 86).

11) Opisać w krótkości cmentarze, wymienić, czy są odpowiednio oddalone od miejscowości i w odpowiedniem miejscu, czy są ogrodzone, drzewami zasadzone, czy dostatecznie obszerne, nie przepełnione, czy groby bywają dosyć głęboko wykopywane.

12) Podać, czy istnieją trupiarnie i czy są dobrze urządzone?

13) Zbadać i podać, w jakim stanie się znajdują i jak są utrzymane: a) drogi, ulice, place i podwórza; b) szkolne budynki, publiczne lokale, jak traktyjernie, cukiernie, domy zajezdne, szynki i mieszkania; c) czy miejscowość jest zaopatrzona kanałami, czy w domach znajdują się doły przeznaczone na odchody ludzkie i zwierzęce? i jak takowe są utrzymane (§ 3 a) ustawy zdrowotnéj).

14) a) Czy woda do picia i służąca do użytku domowego jest czysta i zdrowa? czy są w miejscowości studnie czy wodociągi i jak utrzymane? b) czy rzeki lub potoki przepływające przez miejscowość są zanieczyszczone lub nie? c) czy są sadzawki wśród miejscowości?

15) a) Czy i jak się odbywa oglądanie bydła targowego i rzeźnego? b) czy są w porządku protokóły paszportów bydlęcych; c) protokóły rewizyi bydła bitego w rzezalniach lub domach prywatnych; d) czy rzezalnie i ścierwiska są dobrze urządzone; e) targowice odpowiednio położone, czysto utrzymane i zaopatrzone odosobnionemi stanowiskami dla bydła zamiejscowego? f) czy bywa wykonywaną policyja targowa w ogólności i g) czy kataster bydła w powiatach pogranicznych ułożony i odpowiednio prowadzony? a czy inspektorowie wykonywają ściśle swe obowiązki? i) Ogólny stan zdrowia zwierząt domowych.

16) Czy są publiczne zakłady kąpielowe, łaźnie i t. d. i jak utrzymane?

17) Lekarz ma sprawdzić, czyli gmina prowadzi ewidencyję w zakładach publicznych nieumieszczonych podrzutków, głuchoniemych, obłąkanych, matołków i czy spis tychże przez gminę Starostwu przedłożony jest zgodny z rzeczywistością? oraz ma się lekarz przekonać, czy osoby te mają odpowiedne umieszczenie i pielęgnowanie? (rozp. Namiest. z 26 marca 1880 roku l. 16.034).

18) Sprawozdanie z rewizyi miejscowości ma być przedłożone według załączonego wzoru ·/. W rubryce ostatniéj ma tenże podać swe wnioski co do usunięcia usterek, które ma c. k. Starostwo zarządzić.

19) Lekarze rządowi mają według niniejszéj instrukcyi przedkładać również sprawozdania ze stosunków zdrowotnych tych miejscowości, które zwiedzają z powodu tamże panującéj choroby nagminnéj w czasie odpowiednim dla takiego zbadania, a głównie na wiosnę i w jesieni.

20) Lekarz ma prowadzić dokładną ewidencyję tych miejscowości, z których w przeciągu roku złożył sprawozdanie i ma jako referent sanitarny Starostwa zebrać wszystkie w przeciągu półrocza, to jest do końca lipca i grudnia każdego roku przedłożone sprawozdania, aby takowe w odpisie Namiestnictwu w swoim czasie przedłożone zostały.

21) Rachunki za podróże peryjodyczne mają być przedkładane według instrukcyi z dnia 26 maja 1880 l. 56.779.

Powiat ______ *Wzór* ______ *Gmina* ______

Sprawozdanie zdrowotne

z rewizyi wykonanéj dnia r. (przy sposobności podróży peryjodycznéj lub pobytu z powodu tamże panującéj choroby ______)

Służba zdrowotna	Zakłady zdrowotne	Fabryki i zakłady przemysłowe	Choroby en- i epidemiczne
1) Doktorowie 2) Magistrowie i Patroni chirurgii 3) Weterynarze 4) Akuszerki 5) Cyrulicy Uwaga: partacze	1) Szpitale 2) Domy obłąkanych 3) D. położnych 4) Zakłady podrzutków 5) Zakłady krowiankowe 6) Domy ubogich 7) Zdrojowiska i t. d.	1) Garbarnie 2) Topiarnie łoju 3) Piece wapienne 4) Cegielnie 5) Kościopalnie 6) Fabryki pudrety 7) Fabr. zapałek 8) Fabr. tytoniu 9) Zakłady gazowe 10) Fabr. wód min. 11) Fabryki wody sodowéj 12) Huty i hamernie 13) Składy szmat	

Składy: 1) trucizn 2) ziół lekarskich 3) wód mineralnych	Choroby dzieci szkolnych	Stan zdrowia osób dorosłych	Apteki	Oglądacze zwłok
			1) nazwisko właściciela 2) dzierżawcy 3) Sława apteki	

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 17 kwietnia. Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lekarskiego prof. Obaliński przedstawił chorego ze sztuczną krtanią, opisawszy takową poprzednio; poczem mówił o gastroenterostomii przedstawiając odpowiedni przypadek; wreszcie kol. Podgórski zakomunikował wyniki dotychczasowych doświadczeń, przeprowadzonych w oddziale prof. Pareńskiego z nowym środkiem *orexium hydrochloricum*.

* Prof. Rosner, wybrany na ostatniem posiedzeniu Zjazdu dermatologów w Paryżu członkiem Wydziału, mającego przygotować następujący, w r. 1892 we Wiedniu odbyć się mający Zjazd, wyjechał do Wiednia na posiedzenie Wydziału przygotowawczego; prof. Browicz zaś wyjechał również do Wiednia na Zjazd internistów.

* Dr. Porębowicz, od lat kilku sekundaryjusz szpitala św. Ludwika, praktykować będzie podczas tegorocznego sezonu w Rabce.

* N. Pan udzielił pani Dr. Roży Kerschbaumerowéj zezwolenie na wykonywanie praktyki okulistycznéj i kierowanie zakładem dla chorych na oczy w Salzburgu. Po raz pierwszy kobieta otrzymała w państwie austryjackiem prawo wykonywania praktyki lekarskiéj. Pani K., rodem z Rosyi, otrzymała dyplom doktorski w Bernie szwajcarskiem, kształciła się następnie w okulistyce u Arlta, Fuchsa i Sattlera, a od lat 13 razem z mężem swoim kieruje zakładem dla chorych na oczy w Salzburgu.

* We wtorek otwarty został we Wiedniu w sali Akademii umiejęt. 9-ty Zjazd internistów. Przybyłych powitał prof. Nothnagel, poczem przemówili minister oświecenia baron Gautsch, burmistrz wiedeński Dr. Prix, a prof. Billroth w imieniu Tow. lekarskiego. Zastępcą przewodniczącego wybrany prof. Leyden z Berlina, a pierwszy wykład wygłosił Immermann z Bazylei.

* Zjazd chirurgów w Berlinie otwartym został w d. 9 b. m. przez prof. Bergmanna; podczas obrad nadeszło telegraficzne zawiadomienie, że cesarz przeznaczył 100,000 marek dla fundacyi Langenbecka. Równocześnie obchodzono jubileusz 25-letniego zawodu nauczycielskiego prof. Leydena, na którym z klinicystów austryjackich obecnymi byli proff. Nothnagel, Kahler i Jaksch.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berno** szwajcarskie. Dr. Fryd. Dumont habilitował się jako docent chirurgii. — **Jena.** Na opróżnioną nadzw. katedrę medycyny wewnętrznéj i posadę dyrektora polikliniki Wydział proponował Stintzinga z Monachijum i Müllera z Bonny. — **Erlanga**. Anatom Józef Gerlach obchodził 3 b. m. urodziny swe 70-te. — **Groninga.** Dr. Mulder mianowany został profesorem okulistyki. — **Dorpat.** Prof. med. rządowéj Körber potwierdzony został na dalsze 5 lat pod warunkiem, że odtąd wykłady odbywać będzie w języku rosyjskim. Następcą Wahla mianowany został b. docent chirurgii Dr. Wilhelm Koch. — **Petersburg.** Dr. Burzyński habilitował się jako docent medycyny wewnętrznéj.

* **Zmarli**: w Petersburgu docent medycyny sądowéj Dr. Werewkin w. 52 roku życia.

(B) Trzechsetletnią rocznicę wynalezienia złożonego mikroskopu obchodzić będą tego roku w Antwerpii, gdzie także zamyślają urządzić historyczną wystawę mikroskopów, przyczem urządzający wystawę wykładać będą publiczności dzieje mikroskopu i jego znaczenie w nauce lekarskiéj.

(B.) Naftolizm, nowy rodzaj opilstwa. W Bostonie i jego okolicy istnieje znaczna liczba fabryk kauczuku, w których do czyszczenia fabrykatu używa się nafty. Nafta, gotująca się, znajduje się w dużych naczyniach, do których przystęp powietrza jest wstrzymany. W fabrykach tych znajdują zatrudnienie przeważnie kobiety i młode dziewczęta. Otóż zauważono w jednéj z fabryk, że niemal wszystkie robotnice znajdują się jakby w stanie ciągłego upojenia. Sprawdzono, że się upajały przez wdychiwanie pary naftowéj wydobywającéj się z kotłów. Kobiety te oświadczyły, że nałóg ten smutny stał się dla nich potrzebą konieczną. Uczucie, które ten rodzaj upojenia wywołuje, jest, jak się zdaje, tak rozkoszne, że przewyższa błogie sny, które sprowadza opijum lub haszysz. (*Progr. méd.*)

* Lekarze pomocniczy szpitala św. Łazarza w Krakowie złożyli i wręczyli nam 15 złr., przeznaczając takowe na fundusz wdów i sierót po lekarzach przy Towarz. lekarzy galicyjskich istniejący. Kwotę tę przesłaliśmy p. Protomedykowi.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Nowinach Lek.* Nr. 4: Chłapowskiego: Gruźlica bydlęca a rzezactwo żydowskie (dok.); Panieńskiego: O śmierci przez zmarznięcie (dok.); Skórkowskiego: Błonica i róża; Święcickiego: O arystolu w ginekologii; Chłapowskiego i Wernera: Przyp. śmierci po małéj dawce salolu. — W *Gazecie Lek.* Nr. 15: Ziemińskiego: O czerwonowidzeniu; Pawińskiego: O wpływie influenzy na serce (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 15: Krajewskiego: Przyczynek do dochodzenia dzieciobójstwa.

Redakcyja otrzymała:

J. FAJERSZTAJN: Zakończenia nerwowe w tarczach końcowych żaby (odbitka z *Pam. Tow. Lek. Warsz.* 1889) Warszawa, 1890 in 8-vo str. 41 z tabl. chromolit. — Dr. K. ZGÓRSKI: Zakład zdrojowo-kąpielowy i stacyja klimatyczna Żegiestów w ostatniem trzechleciu, Kraków 1890, str. 16.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.